

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

NOTE SUR L'EMPLOI DU BLEU DE MÉTHYLENE  
CHIMIQUEMENT PUR  
DANS LE TRAITEMENT DE L'ANGINE  
A BACILLES FUSIFORMES ET A SPIRILLES DE VINCENT

Par A. SIREDEY, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tous les cas d'angine de Vincent observés jusqu'ici ont été remarquables par la lenteur de leur évolution et par leur résistance aux procédés thérapeutiques les plus variés. La durée moyenne de cette affection est de cinq ou six semaines ; quelquefois elle a dépassé trois mois !

Il semble résulter de plusieurs essais dont les résultats viennent d'être présentés récemment à la Société médicale des hôpitaux de Paris, que la guérison puisse être obtenue beaucoup plus rapidement si l'on a recours au *bleu de méthylène*, l'une des rares matières colorantes que fixent les spirilles et les bacilles fusiformes de Vincent.

J'ai eu l'occasion d'employer pour la première fois ce procédé au mois d'octobre 1901 pour un malade entré dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, avec une stomatite ulcéro-membraneuse, qui présentait sa localisation la plus importante sur la voûte palatine et sur la partie antérieure du voile du palais. On voyait à ce niveau une large plaque rouge aux bords géographiques, légèrement exulcérée et recouverte d'une fausse membrane blanchâtre assez épaisse. A côté de la plaque principale, large de 3 centimètres environ, sur 2 centimètres et demi, on distinguait de petites taches isolées également rouges et membraneuses. En détachant l'exsudat à l'aide d'un tampon d'ouate, on découvrait une surface ulcéreuse, saignante.

L'aspect de la lésion était si caractéristique qu'il donnait au premier examen l'idée d'une angine de Vincent. Cependant les amygdales étaient absolument saines, ainsi que les piliers et le fond du pharynx. Mais il existait en même temps une stomatite assez accentuée sur le bord alvéolaire des gencives, depuis la région antérieure jusqu'à l'angle de la mâchoire.

L'examen bactériologique fit immédiatement découvrir de nombreux bacilles fusiformes et des spirilles au niveau de la plaque palatine, et des spirilles seulement dans l'enduit blanchâtre des gencives.

On était bien en présence de la maladie de Vincent, mais il s'agissait plutôt d'une stomatite à détermination staphylopalatine que d'une véritable angine. Le malade avait en même temps un peu d'albuminurie.

Je commençai le traitement par des badigeonnages de teinture d'iode, suivant la méthode préconisée jusqu'à ce jour. Au moment où je promenais sur la voûte palatine du malade le pinceau chargé de teinture d'iode, je fus frappé d'une particularité sur laquelle j'appelai l'attention des élèves : la teinture d'iode qui colorait en brun les régions saines, ne se fixait pas sur les membranes, et celles-ci conservaient leur coloration grisâtre à peine salie par l'iode.

Or, on sait que, si l'on étend une couche de teinture d'iode sur certaines dermatoses parasitaires, telles que des plaques de pityriasis versicolore ou de trictrophylie, les surfaces envahies par le parasite, fixant mieux l'iode, sont facilement reconnaissables à leur coloration plus foncée.

Je fis observer qu'un pareil traitement ne pouvait avoir la moindre efficacité contre des parasites qui échappaient à l'action de l'iode. Mon interne, M. Ch. Nantoux, me rappela que les bacilles fusiformes et les spirilles de Vincent étaient très difficiles à colorer, ne fixant que les couleurs d'aniline en solutions alcalines et le bleu de méthylène.

Cette réflexion me suggéra l'idée d'appliquer le bleu de méthylène au traitement de cette affection.

Les nombreuses expériences faites, depuis quelque temps, sur la perméabilité rénale avec le bleu de méthylène ingéré ou injecté sous la peau ont démontré l'innocuité de ce produit,

d'ailleurs fréquemment utilisé par les dermatologistes et les gynécologues.

Un petit tampon d'ouate hydrophile sèche, roulé à l'extrémité d'une petite baguette, fut soigneusement chargé de bleu de méthylène que je portai directement sur les lésions staphylopalatines.

En dehors de la coloration bleue très intense qu'elle laisse sur la lésion, et dont elle imprègne, par l'intermédiaire de la salive, la plus grande partie de la muqueuse buccale, cette application n'a rien de pénible. Elle donne une saveur désagréable qui se dissipe promptement lorsqu'on fait laver la bouche avec un peu d'eau, une ou deux minutes après le badigeonnage.

En trois jours, les résultats obtenus furent surprenants, la lésion était diminuée de moitié, bien que le traitement ne fut renouvelé qu'une fois dans les vingt-quatre heures.

A la fin de la première semaine, la guérison était absolument complète, et elle ne s'est pas démentie. L'albuminurie même avait disparu.

L'observation fut communiquée à la Société <sup>(1)</sup> médicale des hôpitaux le 8 novembre 1901. Tout en signalant le succès remarquable que j'avais obtenu, je faisais des réserves sur l'efficacité de ce traitement dans la véritable angine de Vincent, alors que les ulcérations anfractueuses des amygdales se prêteraient beaucoup moins à l'action du médicament, néanmoins j'engageais mes collègues à l'essayer.

Quelques semaines plus tard, le Dr Chauffard <sup>(2)</sup> présenta une malade de son service atteinte d'une angine de Vincent parfaitement caractérisée au point de vue clinique et confirmée par l'examen bactériologique, qui avait été guérie *en trois jours* par des applications de bleu de méthylène.

Au bout de vingt-quatre heures on constatait déjà une transformation remarquable des surfaces malades, et le lendemain, après deux badigeonnages seulement, les lésions étaient presque guéries, en même temps que les produits membraneux exa-

(1) SIREDEV. — *Bulletin de la Société méd. des hôpitaux de Paris*, nov. 1901.

(2) A. CHAUFFARD. — *Bulletin de la Société méd. des hôpitaux de Paris*, 27 déc. 1901.

minés au microscope ne renfermaient plus que de rares spirilles et bâtonnets. Le troisième jour, la guérison était complète et définitive.

Le même jour, M. le D<sup>r</sup> Simonin, Professeur agrégé au Val de Grâce, signala un nouveau cas de guérison obtenue par le bleu de méthylène en trois jours, chez un malade atteint d'angine de Vincent avec ulcération des piliers et de l'amygdale, de nature fuso-spirillaire et qui avait été infructueusement soumis à l'action de l'iode et des collutoires chlorhydriques.

Ces trois observations montrent bien l'action rapide, immédiate, du bleu de méthylène sur les altérations de la muqueuse buccale ou pharyngée provoquées par les spirilles et bacilles fusiformes ; elles permettent d'espérer que ce traitement modifiera promptement l'évolution de cette affection et qu'il en abrègera la durée.

La technique est très simple : il suffit de rouler un peu d'ouate bien serrée à l'extrémité d'un petit morceau de bois, puis on charge ce pinceau de bleu de méthylène pulvérisé, et on le porte directement sur les ulcérations et les membranes en appuyant un peu, de manière à déposer le bleu en poudre sur toute l'étendue des lésions et jusqu'au fond des plis ou des anfractuosités.

On peut faire laver la bouche quelques minutes après le badigeonnage avec de l'eau bouillie pure, ou avec de l'eau additionnée d'une faible quantité de liqueur de Labarraque (une ou deux cuillerées à soupe par litre).

On doit avoir soin de n'employer que du *bleu de méthylène pulvérisé*, et *chimiquement pur*, qu'il est facile de se procurer en le demandant tel. Lorsqu'il n'est pas pur, il renferme parfois du chlorure de zinc et de l'arsenic qui pourraient exercer une action caustique ou tout au moins irritante sur les tissus.

La coloration bleue de la muqueuse et quelquefois des lèvres et du menton, par suite de l'écoulement de la salive teintée, constitue le seul inconvénient de ce procédé ; mais, cette coloration disparaît très rapidement sous l'influence de simples lavages.

## II

### DES COURANTS AERIENS ET CYCLONES SE FORMANT DANS LA CAVITÉ BUCCALE, DANS LA PAROLE CHUCHOTÉE <sup>(1)</sup>

Par **E. GELLÉ.**

Dans une communication précédente, j'ai établi et expérimentalement démontré, qu'au moment de l'émission des sons voyelles, il se forme des courants dans l'air intra-buccal, les uns profonds « rentrants », les autres plus près de l'orifice buccal « sortants », que l'expérience suivante rend manifestes.

Dispositif : une rondelle de papier mince, très sec, de 1 centimètre de diamètre, est transfixée à son centre par une fine aiguille d'acier poli, sur laquelle elle glisse, au moindre souffle. Cette rondelle est portée au fond de la cavité buccale ouverte, jusqu'au niveau de la base de la langue : à ce moment on pousse un A. énergique, brusque ; et la rondelle de papier, glissant sur la tige, est emportée aussitôt sur le voile du palais où elle se colle. Un courant rentrant énergique se forme donc immédiatement avec A.

Si au lieu de placer la rondelle au niveau de la base de la langue, auprès de l'isthme du gosier, on la porte en avant à quelque distance derrière l'arcade dentaire, au tiers antérieur de la langue, alors A. explosif refoule la rondelle sur la tige, vers le dehors, hors des lèvres. Un courant sortant, opposé au premier, expulse en ce point le disque de papier.

La découverte de ces courants d'air opposés, formés par l'émission vocale, au sein du canal phonateur, démontre qu'il se produit à cet instant des tourbillons aériens intra-

(1) Communication à la Société de Biologie, 25 janvier.

buccaux, tels que ceux qu'on voit s'établir au niveau des parties dilatées des tubes dans lesquels le physicien chasse un courant d'air.

J'avais vu tout d'abord que le phénomène exigeait une expiration forte et brusque, et un A très sonore explosif, pour apparaître; il résulte d'une nouvelle série d'expériences qu'il n'en est rien; et j'ai pu constater l'existence des courants rentrants intra-buccaux, et des cyclones phonateurs même dans la *parole chuchotée*. Les dispositions expérimentales sont les mêmes que tout à l'heure; mais le fait se produit avec moins de vigueur vu la faiblesse du souffle. De plus il faut porter la rondelle au moyen de sa tige métallique un peu plus en avant que dans le premier cas. Si l'on chuchote A, en effet, la rondelle portée auprès de l'isthme, vers la base de la langue, rien ne bouge; et pour voir le disque se précipiter vers le fond de la bouche, il y a nécessité de ne pas dépasser le niveau du plan médian de la langue. Tenue en suspension ainsi, au moindre A chuchoté aussi faible soit-il, la rondelle quitte la tige et se transporte sur la base de la langue. Elle ne se jette pas brusquement sur le voile comme avec A explosif; le phénomène aérien n'a pas la force nécessaire pour cela. Cependant on observe facilement combien il faut peu de courant d'air expiré, pendant le chuchotement, pour obtenir la chute de la rondelle par l'action du tourbillon produit. En effet, une expiration simple n'y suffit pas; mais, dès qu'il y a arrêt du courant de l'expiration suivi de reprise avec détente, légère mais brusque, comme cela se passe dans la formation d'une voyelle chuchotée, aussitôt le phénomène se montre. C'est l'intermittence du souffle expiré, accompagnée de la détente nécessaire qui provoquent l'apparition du glissement subit de la rondelle vers la profondeur, avec une lenteur relative ici en rapport avec le peu d'énergie de la voix chuchotée.

L'articulation est la cause évidente du tourbillon intra-buccal. On remarque que dans la voix chuchotée le cyclone se développe plus en avant, au milieu de la bouche. J'ai voulu savoir quel serait l'effet d'une consonne associée à la voyelle émise. Voici l'expérience :

La vibrante « R » se présente aussitôt à l'esprit ; elle permet l'inspection de la cavité buccale ; et par conséquent l'expérimentation. Je dis « RA » chuchoté, aussi bas que possible, la rondelle de papier portée sur sa tige de métal au niveau de la portion médiane de la langue et de la cavité buccale ; et immédiatement, le disque de papier glisse et se trouve emporté sur le voile, d'un saut brusque.

L'énergie de ce déplacement est curieuse à constater avec un chuchotement si faible ; mais avec l'action renforçante de la vibrante « R » on ne peut s'étonner de voir le phénomène grossi, et bien supérieur à ce que donnait le chuchotement de la voyelle seule.

Evidemment les vibrations ajoutées par la consonne ont amplifié le cyclone, et agrandi le déplacement et son énergie, puisque A, sans R, chuchoté ne portait la rondelle qu'avec mollesse au niveau de la base de la langue et non brusquement sur le voile du palais.

Je n'ai pu examiner l'action des autres consonnes ; les strictures du canal buccal, nécessaires pour leur formation, s'opposent à toute expérimentation de ce genre.

J'oubliais de dire que si, pendant A chuchoté, on a porté le disque de papier trop près de l'isthme, rien ne se produit absolument : le tourbillon se forme plus en avant. En résumé, suivant que l'effort phonateur est faible ou puissant, la rondelle indique par sa chute et son transport un tourbillon aérien de siège variable ; proche de l'isthme avec A explosif ; et siégeant au niveau de la partie moyenne de la langue, avec A chuchoté.

Les deux phénomènes sonore et aérien (cyclone) existent à la fois, sont modifiés simultanément, synergiquement ; ils croissent et se résolvent en même temps. S'ils ne sont pas indispensables l'un à l'autre et peuvent exister l'un sans l'autre, il faut reconnaître que l'intensité sonore est en rapport constant avec la violence des tourbillons aériens. Il est en outre fort remarquable que la seule consonne que j'aie pu expérimenter à ce point de vue, la vibrante R, a montré, par l'énorme développement qu'elle donne au phénomène aérien, une activité renforçante des plus manifestes et bien compa-

nable à la force phonatrice qu'elle ajoute aux sons-voyelles qui lui sont associés.

Il y a concordance absolue entre les activités et phénomènes biologiques et les lois physiques au point de vue de la phonation.

En définitive, on peut conclure de ces expériences sur la phonation, que les mouvements de l'air expiré que retient la stricture de la consonne, et que chasse au dehors la voyelle sont d'une vitesse et d'une force considérables; et qu'au moment de l'articulation, sans plus de dépense d'air ou d'effort, par le fait seul de la syllabation, c'est-à-dire de l'action de la consonne, le son acquiert une intensité remarquable, instantanée, du fait de la formation des cyclones aériens dus à la fermeture et à l'ouverture vives du courant sonore; toutes les consonnes peuvent opérer à un moment donné cette détente brusque, cause des agitations des molécules aériennes et de la naissance des tourbillons intra-buccaux.

Ainsi le rôle de la consonne apparaît clairement: elle segmente le souffle et de chaque segment fait un son caractérisé et significatif; et cela dans un temps des plus courts et avec le moins d'efforts de la respiration: elle précise et multiplie les signes de l'expression vocale; c'est le nerf du langage: les langues à consonnes multipliées sont supérieures.

---

### III

#### LA TOUX DE COMPRESSION SON IMPORTANCE POUR LE DIAGNOSTIC DES RÉTRÉCISSEMENTS DES BRONCHES (ADÉNOPATHIES ET TUMEURS DU MÉDIASTIN)

Par **J. GAREL**, médecin des hôpitaux de Lyon (1).

La toux sur laquelle je désire appeler l'attention est certainement connue de tous, et nous avons tous eu l'occasion de l'entendre dans maintes circonstances. Je veux parler de cette toux particulière le plus ordinairement coqueluchoïde, mais qui se distingue de la toux de la vraie coqueluche par un retentissement sonore, par une tonalité bruyante et profonde. Cette toux, par son timbre caverneux, effraie le plus souvent l'entourage du malade, car elle en impose pour une affection d'une certaine gravité. Elle a été désignée sous diverses appellations : toux de chien, toux férine, toux hystérique, toux nerveuse, etc., et je me hâte de dire que c'est au nervosisme qu'on en attribue le plus fréquemment l'origine. Sans doute le nervosisme peut donner lieu à une toux plus ou moins tenace sans lésion pulmonaire, toux sympathique dont on fait remonter la cause à des organes variés fort distants parfois de l'appareil pulmonaire.

J'admets parfaitement l'existence d'une toux nerveuse, sorte de tic expiratoire convulsif, mais il y a loin de là à la toux sonore que je vise dans ce travail.

Depuis plusieurs années, j'avais été frappé de l'existence de cette toux chez les malades atteints de tumeur du médiastin,

(1) Communication à la Société médicale des Hôpitaux de Lyon, 31 Janvier 1902.

ainsi que chez les enfants présentant les signes de l'adéno-pathie trachéo-bronchique ; mais je n'avais encore osé soutenir que cette toux était l'apanage exclusif des compressions trachéo-bronchiques et surtout bronchiques.

Aujourd'hui, en me basant sur un grand nombre de faits, je n'hésite plus à déclarer que cette toux est absolument pathognomonique d'une compression bronchique, et qu'elle ne s'observe que dans les cas où une tumeur ganglionnaire ou autre, siégeant dans le médiastin, vient presser plus ou moins fortement sur l'une des deux divisions de l'arbre trachéo-bronchique. Le rétrécissement siégeant à la naissance d'une bronche ou près de la bifurcation produit, dans les efforts brusques d'expiration, un bruit retentissant caractéristique. Méconnaissant ce fait, certains auteurs ont prétendu que ce bruit spécial avait son siège dans le larynx ; il en est même qui n'ont pas hésité à l'attribuer à une vibration anormale des bandes ventriculaires. Il n'en est rien, et j'espère que tous ceux qui voudront contrôler mon opinion seront convaincus que cette toux ne se rencontre absolument que dans les affections du médiastin comprimant les grosses divisions de l'appareil respiratoire.

Je ne veux pas dire par là que toutes les adénopathies bronchiques, que toutes les tumeurs du médiastin engendreront la toux à sonorité caverneuse. Il y a certainement des tumeurs de cette région dont le développement épargne l'arbre bronchique à sa naissance ; dans ce cas, la toux ne peut prendre le caractère spécial que j'indique. On pourra bien observer de la toux coqueluchoïde à fausse reprise inspiratoire, mais, sur cette toux, le timbre creux ne se greffera que le jour où la tumeur exercera une compression sur la bronche.

La toux coqueluchoïde est la conséquence de l'excitation du pneumogastrique ou des récurrents, c'est un phénomène réflexe pur et simple résultant de causes diverses. Quant à la toux coqueluchoïde compliquée d'un retentissement sonore et creux, elle est le produit d'une excitation réflexe associée à un phénomène physique d'ordre différent, à une compression bronchique.

Je n'ai pas à discuter ici la physiologie pathologique de la

toux réflexe, ce n'est pas le point que je désire mettre en lumière. Je ne m'inquiète pas du caractère coqueluchoïde, mais du caractère sonore et caverneux de la toux. C'est ce dernier qui me fait donner à ce signe le nom de *toux de compression* pour bien faire ressortir sa cause véritable. Cette appellation a pour but de supprimer toute équivoque et de distinguer définitivement cette toux spéciale de toutes les autres toux qui ont été confondues avec elle.

Si l'on parcourt les observations éparses dans la science touchant les adénopathies et les tumeurs du médiastin, on se rend vite compte de la confusion qui règne dans l'esprit de tous les auteurs. Depuis la toux coqueluchoïde de Guéneau de Mussy et de Baréty jusqu'à la toux fêrine, rauque, sonore, vibrante, caverneuse, etc., ce ne sont qu'adjectifs sans nombre qui témoignent d'un défaut total de précision. Et de plus, quand cette toux est mentionnée dans quelques observations (et elle ne l'est pas toujours), elle n'est indiquée que comme un petit symptôme vulgaire sans importance auprès des autres symptômes révélés par tous les moyens physiques d'exploration du thorax.

Je tiens à tirer ce signe de l'oubli et à démontrer qu'il est, au contraire, le signe capital, primordial, qui suffit, à lui seul, pour affirmer l'existence d'un rétrécissement bronchique par lésion du médiastin. Cela revient à dire que, toutes les fois que nous entendons la toux de compression, notre diagnostic est orienté dans un sens parfaitement déterminé et que nous ne devons plus chercher autre chose qu'une affection du médiastin : adénopathies trachéo-bronchiques ou tumeurs diverses, anévrysme, cancer, etc.

Sans doute la toux de compression ne fait pas le diagnostic, mais elle est l'indice révélateur de la voie certaine qu'il faut suivre.

Pour qu'il n'y ait pas d'erreur sur les caractères particuliers qui permettent de reconnaître la toux de compression, je tiens à faire entendre à mes collègues cette toux telle qu'on la rencontre chez les enfants et les adultes. Il m'était difficile de réunir en même temps un certain nombre de malades pour donner une audition de cette toux spéciale. J'ai cru plus

simple d'enregistrer, au hasard de la clinique, quelques exemples de cette toux sur un cylindre de phonographe.

Ce cylindre renferme la toux de cinq malades : deux enfants et trois adultes. Ce type de toux est bien connu de chacun de nous, et pourtant avons-nous songé à lui attribuer sa véritable importance.

L'idée que cette toux est un signe certain de compression m'avait été suggérée tout d'abord par sa coexistence avec le goitre plongeant ou un anévrysme de l'aorte. Tout dernièrement, avec mon interne M. Varay, nous avons vérifié un fait très concluant sur le cadavre. Il s'agissait d'un cancer du médiastin qui avait rétréci la bronche droite de telle sorte que la lumière du conduit était fort réduite et que la muqueuse était plissée et comme gaufrée au niveau de la sténose.

Depuis quelques années, nous avons à notre disposition un nouveau moyen de contrôle de diagnostic des tumeurs du médiastin. Ce moyen, s'il n'est pas infailible, est au moins d'un précieux secours, je veux parler de la radioscopie. Actuellement toutes les fois que je soupçonne une tumeur du médiastin par la toux de compression, je cherche à compléter mon diagnostic par l'examen minutieux du malade ; puis j'ai recours à la radioscopie, et celle-ci vient ou bien confirmer le diagnostic présumé, ou bien donner la clé d'un diagnostic encore incertain.

Toutefois, il ne faut pas demander à la radioscopie ce qu'elle ne peut donner. En présence d'un cas d'adénopathie bronchique une radioscopie négative ne suffit pas pour faire rejeter le diagnostic. Mon collègue Rabot a souvent rencontré des adénopathies sur le cadavre d'enfants chez lesquels la radioscopie avait été négative. Mais, si au contraire la radioscopie nous fournit des renseignements positifs, la preuve de l'existence d'une compression n'est que plus concluante. Ainsi, sur les cinq malades enregistrés sur le phonographe, quatre ont été radioscopés par le Dr Destôt, et chez trois la radioscopie a confirmé en tous points mon diagnostic.

Je ne veux pas insister, dans cette courte communication, sur le diagnostic de la nature de la compression révélée par la toux, il me faudrait pour cela passer en revue toute la

pathologie des plans antérieur et postérieur de la région sus-cardiaque du médiastin. Je dirai simplement que, chez les jeunes sujets, l'adénopathie est plus fréquente, et que souvent elle s'accompagne de ganglions indicateurs des régions sus-claviculaires. Les tumeurs diverses se rencontrent plutôt chez l'adulte, et l'anévrisme latent de l'aorte est une de celles qu'il faudra chercher avec soin. Il est à signaler que le cancer de l'œsophage si fréquemment observé donne rarement lieu à la compression des bronches.

Ce qui me fait attacher une si grande importance à la toux de compression, c'est qu'elle est un guide précieux pour le praticien dans le diagnostic des adénopathies trachéo-bronchiques. Nous savons que le diagnostic ne s'en impose pas toujours facilement. Si même il vient à l'idée de rechercher une adénopathie chez un malade, quelles difficultés ne rencontre-t-on pas dans l'appréciation de ces légères différences du murmure vésiculaire entre les deux poumons. Quant à la matité interscapulaire que mon collègue Weill considère comme le seul signe caractéristique, sa constatation n'est pas très facile, et même les virtuoses de la percussion ne sont pas toujours très affirmatifs.

J'entrevois bien quelques objections que l'on va me faire. A quoi sert, me dira-t-on, la toux de compression, quand on a pour établir son diagnostic une tumeur visible du médiastin, un anévrisme de l'aorte, un goitre plongeant, un chapelet ganglionnaire sus-claviculaire, quand on constate de la dyspnée, du cornage, du tirage, etc.. Certainement en présence d'une telle pléiade de symptômes, point n'est besoin d'étayer sa conviction sur la toux de compression bronchique. A une telle période il n'y a plus guère d'erreur de diagnostic possible. Mais ce n'est pas à cette période de la maladie que je fais jouer à la toux de compression son rôle principal. La toux de compression est un signe qui se présente le plus souvent à une époque où la tumeur se cache encore discrètement dans la profondeur du thorax, à une époque où aucun signe extérieur n'attire encore notre attention. C'est alors qu'il est important d'avoir à sa disposition un signe infailible qui permette de faire le diagnostic, pour ainsi dire à distance,

les yeux fermés, en entendant simplement tousser le malade. Alors seulement notre examen s'orientera dans un sens déterminé, et il nous sera plus facile de déceler des signes qui auraient passé inaperçus au premier abord.

Qu'il me soit permis de signaler en deux mots quelques exemples typiques de diagnostic établi sur la simple toux de compression.

Il y a 2 ou 3 mois, un de mes jeunes confrères me présente un malade qui avait été frappé brusquement d'une paralysie d'une corde vocale, et me demande mon avis sur la nature de la compression. Après un examen approfondi je ne trouve aucune cause appréciable. Mais en interrogeant le malade sur ses antécédents, j'apprends que trois mois avant l'apparition de la paralysie de la corde vocale, il avait éprouvé pendant plusieurs semaines une douleur rétrosternale, constrictive, assez intense, douleur analogue à celle que Rendu a signalé comme signe précoce des tumeurs du médiastin. Le malade ajoute qu'au même moment, son médecin lui fit remarquer qu'il avait une toux semblable à celle d'un chien. Ce simple renseignement me fit songer à une affection du médiastin et la radioscopie indiqua très nettement une maladie de Hodgson qui avait été précédée d'une sorte de médiastinite plus ou moins aiguë.

Peu de jours après, un de mes anciens internes des plus distingués me présente à l'Hôtel-Dieu un jeune garçon qui prend des accès de suffocation toutes les nuits et chez lequel il a constaté quelques lésions d'un sommet insuffisantes pour expliquer ces accès. Au même instant le jeune malade me fait entendre une superbe toux de compression et avant tout examen je le fais conduire à la salle de radioscopie où le Dr Destôt découvre l'existence d'un gros goitre plongeant. Trois jours après on est obligé d'opérer le goitre et de faire une trachéotomie à cause d'une crise grave de suffocation.

Je puis citer encore un malade qui présentait des symptômes simulant un cancer de l'œsophage. Au moment où je pénètre dans sa chambre, ce malade me fait entendre une toux de compression tellement intense que je suis aussitôt obsédé par l'idée que je vais me trouver en présence d'un

anévrisme de l'aorte. Il avait, en effet, une paralysie laryngée unilatérale avec des battements au niveau de la fourchette sternale et de la région sus-claviculaire. On percevait aussi un souffle vasculaire en haut du sternum. La radiscopie révéla l'existence d'un énorme anévrisme aortique. Le malade mourut d'ailleurs subitement 4 ou 5 jours plus tard.

Je pourrais multiplier les exemples, car je possède un grand nombre d'observations dans lesquelles la toux m'a fait soupçonner une compression bronchique et m'a conduit à la découverte de la cause de cette compression. Si j'ai retardé cette publication, c'est que je redoutais des objections nombreuses et plus spécialement en ce qui concerne les adénopathies trachéo-bronchiques. Ces objections, il m'était difficile d'y répondre, et j'ai vu parfois mon diagnostic mis en doute par des maîtres éminents. Que dire, en effet, quand on vous objecte qu'il n'y a ni souffle, ni matité ? La réponse est aujourd'hui à la radioscopie, car elle seule fournira la preuve et rendra palpable la cause de la compression.

---

#### IV

### L'EXTRAIT DE CAPSULES SURRÉNALES EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Par Louis **VACHER**, d'Orléans.

Je ne puis, dans ce court travail, aborder l'histoire de cette question, ni donner même un aperçu des nombreux mémoires qui ont paru, surtout à l'étranger, sur l'action physiologique de l'extrait de capsules surrénales.

Employé en injections intra-veineuses, il avait depuis longtemps montré son pouvoir vaso-constricteur puissant, portant principalement sur les petits vaisseaux et donnant lieu conséquemment à une augmentation de la pression sanguine qui pouvait être rapidement dangereuse en cas de lésion du cœur ou des vaisseaux.

Au Congrès d'Heidelberg, en 1896, à la suite de Bates, de New-York, et de Louis Dor, de Lyon, Darier relata des faits intéressants sur l'action vaso-constrictive très puissante de l'extrait de capsules surrénales.

La préparation dont il se servait alors était obtenue par macération de pulpes de capsules dans son poids d'eau distillée, préparée aseptiquement et mis en ampoules par le Dr Jacquet, de Lyon. Ce liquide se conserve très bien. Il représente son poids de capsules fraîches. Une seule goutte instillée sur une conjonctive normale provoque en deux ou trois minutes une anémie profonde de toute la surface oculaire : « On ne voit pour ainsi dire plus un seul vaisseau conjonctival ; la sclérotique devient d'un blanc éclatant ; l'œil prend un aspect livide, on dirait un œil de porcelaine » (Darier).

Cette anémie dure un temps variable, de une à deux heures,

suivant la dose employée. Mais cet effet est d'une durée d'autant moins longue que l'œil est plus hyperémié.

Cependant, il n'est pas de congestion, si intense soit-elle, qui ne cesse, pour quelques instants tout au moins, si on répète deux ou trois fois les instillations. Aucun agent connu jusqu'à ce jour ne possède un pouvoir anémiant aussi marqué (Darier).

A voir le temps qui s'est écoulé entre ces communications (1896) et la généralisation de l'emploi des capsules surrénales, on dirait qu'elles ont passé, en France tout au moins, presque complètement inaperçues, car ce n'est pas seulement la chirurgie spéciale des yeux, des oreilles, du nez, du larynx qui est appelée à en tirer de grands avantages mais la chirurgie générale et la thérapeutique.

Les oculistes s'en sont servi d'abord pour toutes les opérations qui se pratiquent sur le globe ou ses annexes. Quelques-uns même l'ont essayé pour le traitement de l'hypertonie oculaire inflammatoire ou glaucomateuse. Ils n'ont pas tardé à s'apercevoir que l'action de la cocaïne est singulièrement renforcée par celle des capsules.

Tout le monde sait que la cocaïne a peu d'action sur les muqueuses enflammées, parce que l'hyperhémie empêche probablement son absorption. Si l'on a soin d'instiller en même temps, ou alternativement, une solution de capsules et une solution de cocaïne, à plusieurs reprises différentes, on obtient une anesthésie suffisante dans presque tous les cas. J'ai même observé qu'il est préférable d'instiller d'abord la cocaïne puis ensuite l'extrait de capsules. On obtient plus vite anémie profonde et anesthésie des tissus que si on procède inversement.

Si on instille en premier lieu les capsules, on dirait que la contraction violente des vaisseaux empêche la cocaïne d'être absorbée en aussi grande quantité : l'anémie est aussi grande mais l'anesthésie moins complète. Lorsque j'ai besoin d'une action très énergique, je me sers du liquide surrénal pour dissoudre la cocaïne. C'est la méthode qui m'a donné les meilleurs résultats, comme durée de l'anesthésie, de l'anémie des tissus et de leur rétraction.

L'usage de l'extrait de capsules surrénales est à la portée de tous les opérateurs, car rien n'est plus facile que de s'en procurer, ou d'en préparer soi-même en cas de nécessité. Je me sers de liquides et de poudres préparées sur mes indications par L. Dufour, 23, rue des Carmes, à Orléans, qui donne à ces produits le titrage exact et l'asepsie rigoureuse exigés en pareil cas. Ces extraits opothérapiques sont obtenus à l'heure actuelle, par la méthode de Brown-Séquard, mais plusieurs procédés chimiques sont à l'étude, pour isoler la substance active et l'obtenir sous une forme amorphe ou cristalline qui en rendra l'action toujours identique.

Les ampoules de Dufour contiennent 1 centimètre cube environ d'un liquide stérilisé, représentant son poids exact de capsules fraîches. La poudre est un mélange intime d'extrait sec et de lactose représentant dix fois son poids de capsules fraîches.

Il est facile d'obtenir avec ces deux produits toutes les solutions et toutes les poudres dont on peut avoir besoin dans la pratique courante. Les ampoules du Dr Jaquet de Lyon et les préparations de Dufour m'ont donné les mêmes résultats. Je n'ai jamais employé le chlorure d'adrénaline sur lequel le Dr Moure a fait une communication à la Société de médecine de Bordeaux, le 29 novembre dernier, ni la *supranéphrine* et l'*épinéphrine* expérimentés par Albert Rosenberg, de Berlin (Revue de Moure, I, 1902) Mais, je crois, pour ma part, que les extraits organiques doivent, pour conserver leur action maximum, être obtenus en faisant subir aux tissus qui les contiennent le moins possible de manipulations chimiques, et que le liquide le plus actif sera celui qui se rapprochera le plus du suc frais de capsules surrénales, qu'il est toujours facile d'obtenir et de conserver indéfiniment en ampoules stérilisées.

Voici maintenant le résultat de mes observations personnelles. Je les diviserai par organe, j'indiquerai pour chacun d'eux dans quels cas je me suis servi d'extrait de capsules et quel a été l'effet produit.

NEZ. — C'est dans les interventions intra-nasales que l'action vaso-constrictive du suc capsulaire m'a rendu le plus de services.

On peut agir sur la muqueuse par des pulvérisations, des badigeonnages ou des insufflations de poudre.

Une ou deux minutes après le premier contact on voit la muqueuse pâlir d'abord, puis prendre une coloration blanchâtre, pendant qu'on suit sa rétraction progressive à mesure que l'action passe des capillaires superficiels aux capillaires profonds et périostiques.

Le contact de la muqueuse avec l'os devient intime. On voit nettement les contours des cornets. Les méats sont élargis, l'espace qui les sépare de la cloison augmente considérablement.

Dans les cas de *rhinite hypertrophique* la sténose nasale cesse en quelques instants et met beaucoup plus de temps à se reproduire qu'avec la cocaïne.

Cette action thérapeutique m'a rendu service dans plusieurs cas de coryza aigu et chronique à bascule, d'épistaxis à répétition, ne provenant pas de la cloison, mais d'hyperémie de la muqueuse de l'étage supérieur du nez.

Toute la gamme des inflammations intra-nasales peut en être tributaire, qu'on emploie le liquide en pulvérisation, ou la poudre en insufflation, on est sûr d'obtenir une action plus forte et plus durable qu'avec la cocaïne.

Il me paraît inutile de donner des observations détaillées qui ne font que corroborer celles déjà publiées par plusieurs confrères. J'insiste cependant sur les avantages précieux de ce médicament dans le traitement du coryza aigu pris au début, qui peut être jugulé en quelques heures, du coryza chronique, spasmodique, avec ou sans hydroporrhée, sur lesquels l'action salutaire du liquide surrénal est certaine.

Ce traitement pourra-t-il, dans une certaine mesure, remplacer l'air chaud? Je ne puis répondre, n'ayant pas eu à traiter des cas de ce genre en assez grand nombre, et n'ayant pas suivi les malades depuis assez longtemps.

Ablation des polypes des fosses nasales. Les badigeonnages cocaïno-surrénalés facilitent beaucoup l'ablation des polypes du nez à l'anse froide, en augmentant l'espace libre du méat moyen, en supprimant presque tout écoulement sanguin, en permettant le curetage facile de l'infundibulum.

Si le nombre des polypes est considérable, on peut, dans la même séance recourir à plusieurs badigeonnages successifs, et débarrasser la fosse nasale de tous les polypes sans être gêné par la moindre hémorragie.

**SINUS MAXILLAIRE.** — Lorsqu'on veut cathétériser le sinus maxillaire par son orifice naturel, on éprouve souvent une grande difficulté à cause de l'étroitesse du méat moyen et de l'épaississement de la muqueuse du cornet. Un badigeonnage ou une pulvérisation de quelques gouttes d'extrait additionné de cocaïne, accole la muqueuse au squelette osseux, augmente l'espace libre du méat, agrandit l'ouverture naturelle du sinus dans de telles proportions que ce cathétérisme devient facile, lorsque l'anatomie de la région le permet, bien entendu. Je l'ai expérimenté souvent.

Quand on fait le *curettage du sinus maxillaire*, après l'avoir largement ouvert par la fosse canine, si l'on tamponne la cavité avec une longue mèche de gaz imbibée d'extrait dilué, on diminue considérablement l'hémorragie.

Une seconde application peut être faite au moment de perforer largement la paroi interne du sinus et de faire le tamponnement final par la narine.

*L'ablation des crêtes, des épérons, des épines de la cloison*, à l'ostéotome, au bistouri, à la scie ou à la pince bénéficie des mêmes avantages : a) augmentation de l'effet anesthésique de la cocaïne qui est plus complète et plus durable ; b) suppression presque absolue de tout écoulement sanguin. Il m'est arrivé d'enlever au turbinotome de longues crêtes de la cloison sans avoir à la suite une seule goutte de sang.

Mais, à ce propos, il est nécessaire de dire que l'action vasoconstrictive intense des capsules surrénales expose, comme celle de la cocaïne, ou de l'eau oxygénée, à des hémorragies secondaires, et qu'il ne faut pas se croire en toute sécurité, parce que les interventions donnent avec les capsules surrénales moins de sang qu'avec tous les autres hémostatiques.

L'hémorragie est plus tardive qu'avec la cocaïne, elle est, d'après mes observations beaucoup moins fréquente et moins abondante, mais elle peut survenir. On doit la prévenir par un tamponnement méthodique, ou par un badigeonnage avec

une solution concentrée de nitrate d'argent, d'acide trichloracétique, de ferrypyridine, etc.

**SINUS FRONTAL. ETHMOÏDE.** — Le cathétérisme du sinus frontal, lorsqu'il est anatomiquement possible, est facilité par les badigeonnages d'extrait surrénal.

Lorsqu'on sonde avec un stylet les cellules ethmoïdales, ou qu'on les détruit avec la pince de Grünwald on ne tarde pas à être gêné par le sang.

Si l'on a soin de porter à plusieurs reprises dans ces cellules de l'extrait de capsules, on obtient une hémostase beaucoup plus complète qu'avec la cocaïne. On peut ainsi faire le curettage de l'infundibulum, perforer la bulle ethmoïdale sans avoir de sang.

Comme l'action vaso-constrictive est de plus longue durée, les applications successives permettent de prolonger l'intervention avant que l'effet du premier attouchement soit passé.

Si le sang vient à gêner, on l'enlève avec de petits pinceaux d'ouate stérilisée, on fait un nouveau badigeonnage, ou bien on porte une petite mèche de gaze imbibée d'extrait contre la paroi qui saigne, et deux ou trois minutes après le champ opératoire est exsangue. On peut continuer la résection des lamelles osseuses intercellulaires. Il arrive souvent que l'hémostase est si parfaite que la durée de l'opération est notablement diminuée. La douleur éprouvée par le malade est moins forte, la fatigue générale consécutive moins grande, puisque la perte de sang a été insignifiante.

**OREILLES.** — Dans le coryza avec inflammation tubaire qui précède si fréquemment l'otite moyenne aiguë, il est quelquefois très difficile de faire le cathétérisme de la trompe. Les capsules surrénales viennent merveilleusement à notre aide. On peut en porter à l'orifice tubaire et dans la trompe soit en versant quelques gouttes dans le pavillon de la sonde, soit en badigeonnant l'orifice tubaire avec une couche d'ouate roulée autour du bec de la sonde, et imbibé d'extrait de capsules. Deux ou trois minutes suffisent pour rendre à la trompe sa perméabilité et permettre les insufflations d'air chaud ou de vapeurs médicamenteuses dans la caisse.

Les malades en éprouvent d'ordinaire un grand soulagement qui dure beaucoup plus longtemps qu'avec la cocaïne. Peut-être ces attouchements répétés trois ou quatre fois par jour, en rendant plus facile l'aération de la caisse, et en décongestionnant au maximum l'orifice tubaire auraient-ils une action véritablement prophylactique de l'infection de l'oreille moyenne.

Mais l'otite moyenne existe, elle est en pleine évolution, il faut pratiquer une *paracentèse du tympan*.

Là, encore, j'ai pu constater et apprécier l'action des capsules surrénales. Suivant toujours le sage conseil de Lermoyez, qui le premier, je crois, a insisté sur les dangers des solutions anciennes de cocaïne, je prépare toujours, au moment même de m'en servir, la quantité de solution de cocaïne qui m'est nécessaire pour chaque intervention. De cette manière, pas d'erreur possible sur la dose du toxique, pas d'erreur sur la composition du liquide employé. Le chlorhydrate de cocaïne cristallisé doit être stérilisé à l'étuve, ou la solution récente portée à l'ébullition sur une lampe à alcool au moment de l'employer.

Pour pratiquer la paracentèse du tympan, je dissous 2 ou 3 centigrammes de cocaïne dans deux ou trois gouttes d'extrait représentant son poids de capsules et je porte ce liquide sur le tympan. Au bout de six à sept minutes le maximum de l'effet anémiant et anesthésique est produit, le malade ne sent pas l'incision tympanique ; ou, s'il la sent un peu, cette douleur est si peu de chose, que depuis l'emploi de ce mélange je n'ai jamais eu recours au chlorure d'éthyle, ni à d'autres anesthésiques généraux pour les paracentèses du tympan. Ne quittons pas la caisse, nous avons encore plusieurs interventions dans lesquelles les capsules vont nous être utiles.

*Ablation des polypes du conduit de la caisse, des végétations, curettage total de la caisse. Extraction des osselets.* — Dans toutes ces opérations très délicates, ce qui gêne le plus c'est le sang dont la moindre goutte masque tout le champ opératoire. Il est indéniable que l'extrait de capsules fait disparaître cet inconvénient, car son action est si intense qu'elle atteint les capillaires intra-osseux. Certainement l'eau oxygé-

née rend de grands services, mais la mousse qu'elle produit oblige à un nettoyage long et fastidieux. Son pouvoir vaso-constricteur est superficiel et de courte durée, tandis que celui des capsules est plus intense, plus profond et plus long.

J'ai de même employé ces extraits dans l'*évidement pétromastoldien*, dans la *trépanation de l'antre*, dans le *Stacke pur*. Chaque fois j'ai constaté que l'hémostase du champ opératoire s'obtenait plus vite qu'avec l'eau oxygénée ou la compression simple, qu'elle était plus profonde et permettait d'opérer avec plus de sécurité et plus rapidement.

PHARYNX. — Dans l'inflammation aiguë des amygdales et du voile, dans les abcès péri-amygdaliens, dans l'ablation des amygdales enchâtonnées avec mes pinces, j'ai employé l'extrait de capsules avec avantages.

Lorsqu'on badigeonne une amygdale très enflammée, on la voit pâlir et diminuer de volume. Pour bien s'en rendre compte il suffit de ne badigeonner qu'une des deux amygdales et de faire garder au malade la bouche ouverte pour que l'extrait ne touche pas l'amygdale témoin. Au bout de deux ou trois minutes le phénomène est très visible, les piliers se décolorent ainsi que la muqueuse du pharynx. Cette contraction violente paraît agir sur la marche de l'inflammation.

Deux ou trois badigeonnages dans la journée procurent au malade un réel soulagement. Il en est de même pour les inflammations du voile du palais.

Si l'on doit *ponctionner* au bistouri, au trocart, ou au galvano-cautère un abcès péri-amygdalien, l'emploi de la cocaïne mêlé à l'extrait de capsules procure une anesthésie presque complète, alors que la cocaïne seule est toujours suffisante.

Le *morcellement* des amygdales enchâtonnées avec mes pinces donne toujours un peu de sang. On curette la loge amygdalienne avec une perte de sang presque insignifiante si on a soin de faire auparavant un ou deux badigeonnages de la surface amygdalienne. Je m'en suis rendu compte plusieurs fois en morcelant une amygdale après l'avoir badigeonnée à la cocaïne, et l'autre quelques minutes après l'emploi des capsules. Chaque fois cette expérience m'a paru concluante.

Dans plusieurs cas l'amygdale paraissait complètement

exsangue. L'emploi des capsules me semble ainsi tout indiqué chez les *hémophiles*.

Pour l'ablation de l'amygdale de Meyer, les résultats sont les mêmes : absence presque totale d'écoulement sanguin, diminution très forte de la douleur. Mais si l'on examine les végétations adénoïdes avant de les badigeonner avec l'extrait de capsules surrénales, on est très étonné de les trouver ensuite très diminuées de volume.

Elles semblent quelquefois disparaître presque complètement. Cette rétraction déjà très sensible avec la cocaïne est beaucoup plus accentuée et plus durable avec les capsules. Pour quelques opérateurs cette rétraction serait une contre-indication à l'emploi des capsules, car la pince coupante et la curette ramènent beaucoup moins de tissu adénoïdien. Elle semble glisser contre du périoste. Cependant je n'ai pas observé que les enfants dont j'avais méthodiquement cureté le cavum, après un badigeonnage cocaïne-surrénale, présentassent, quelques semaines ou plusieurs mois après, des récives de végétations, comme si l'aplatissement du tissu adénoïdien avait empêché son enlèvement complet avec la curette.

Ce qui n'est pas un inconvénient, selon moi, pour l'ablation des végétations, le deviendrait certainement pour l'ablation ou la cautérisation des *queues de cornet*, qui disparaissent en grande partie après un badigeonnage avec l'extrait de capsules surrénales, la cocaïne même les rétracte beaucoup.

**ÉPIGLOTTE. LARYNX.** — La *bacillose laryngée* sous toutes ses formes réclame souvent notre intervention, surtout au début, lorsqu'elle est bien localisée. On a l'espoir par des curetages sérieux et des cautérisations de détruire sur place toutes les lésions. Mais lorsqu'on morcelle l'épiglotte, ou qu'on fait le curetage des végétations glottiques, on est obligé d'interrompre dès les premiers coups de curette, car le sang masque les lésions.

Un badigeonnage préalable de la glotte anémie considérablement ces tissus, permet de distinguer une tuméfaction hyperhémique d'une véritable infiltration, par conséquent, de mieux diriger la pince ou la curette et d'en limiter l'action aux seuls tissus envahis. Je ne fais aucune intervention intra-

laryngée : ablation de polypes, curetage, etc., sans le secours des capsules et je me suis bien trouvé de cet agent dans plusieurs cas de *laryngite aiguë* et dans 1 cas d'*œdème partiel* de la glotte.

L'extrait de capsules surrénales a donc une action vasoconstrictive d'une durée et d'une intensité supérieures à tous les agents de même ordre employés jusqu'à ce jour.

La chirurgie spéciale des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge, qui a déjà retiré tant de bénéfices de l'emploi de la cocaïne, est en possession d'un nouveau produit naturel facile à se procurer, non moins précieux, puisque son pouvoir est plus grand et qu'il se surajoute à celui de la cocaïne. Une véritable révolution dans les procédés opératoires peut en résulter. Car on peut employer ce produit localement et intérieurement, par voie stomacale ou hypodermique. L'opothérapie surrénale est à son aurore. Elle nous réserve de nombreuses surprises.

Déjà, le *Medical News*, dans son numéro du 4 janvier 1902, contient un travail du Dr Floerskeim dans lequel il relate 21 cas d'hémoptysie et 22 cas d'hémorrhagie utérine de causes diverses, supprimées par l'usage interne de poudre de capsules surrénales à la dose de 30 centigrammes. L'action hémostatique du médicament se manifeste au bout de dix à quinze minutes. On répète au besoin la même dose au bout de quatre à six heures.

Le lymphatisme et l'hémophilie sont, si je ne m'abuse, caractérisés par une atonie véritable des capillaires.

N'y aurait-il pas dans les capsules surrénales, pour lutter contre ces états, un remède d'une action merveilleuse ? L'avenir nous le dira, car de nombreuses observations sont encore nécessaires pour fixer exactement l'action, les modes d'emploi et les doses maniables des différents extraits de capsules surrénales.

Certainement si on obtient un produit cristallisé inaltérable, toujours identique, comme on prétend que serait le chlorure d'adrénaline, l'emploi des capsules ne tardera pas à se généraliser en chirurgie et en thérapeutique. Mais déjà le simple extrait aqueux produit des effets si constants, si utiles, que je ne doute pas qu'avant peu il ne se trouve, comme l'eau oxygénée et la cocaïne, dans l'arsenal de tout chirurgien.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES (1)

*Séance du 12 avril 1901.**Président : M. CRESWEL BABER*

SPENCER montre de nouveau le cas de tumeur de la corde vocale droite avec gonflement de la jambe chez un enfant qu'il avait présenté à la séance précédente. Sous l'influence du traitement iodo-hydrargyrique les deux tumeurs ont notablement diminué, ce qui prouve leur origine hérédosyphilitique.

SAINT-CLAIR THOMSON. — Cas de laryngite chronique avec ulcération d'une corde vocale chez un homme de 33 ans. En même temps que de ces altérations laryngiennes le malade est atteint de rhinite avec croûtes et pus en petite quantité. L'orateur pense que l'infection nasale a été le point de départ de l'affection du larynx.

SAINT-CLAIR THOMSON. — **Infiltration de la corde vocale droite datant de six mois.** — Malade de 56 ans enroué depuis septembre 1900. C'est la portion moyenne de la corde vocale droite qui est arrondie, rouge et infiltrée. Mouvements tantôt libres, tantôt ralentis et diminués d'amplitude. Rien dans le nez, le larynx et la poitrine. F. Semon qui l'a vu ne pense pas que ce soit une affection maligne, Butlin a écrit que dans deux cas semblables où il avait opéré il n'avait trouvé dans la tumeur qu'un peu de sang coagulé. Pour opérer il est nécessaire d'ouvrir le larynx par devant.

Ces deux malades parlaient beaucoup, l'un étant voyageur de commerce, l'autre officier de marine.

SCANES SPICER. — **Néoplasme du larynx développé sur la paroi postérieure et compliqué de parésie de la corde vocale gauche.** — Le seul symptôme est un enrouement progressif qui a débuté il y a quatre ans. Tumeur sessile, dont un fragment fut d'abord dia-

(1) Compte rendu par L. R. REGNIER.

gnostiqué histologiquement tuberculeuse ; quelques mois après un autre fragment est diagnostiqué cancer par le même expert. La douleur, les hémorrhagies, l'amaigrissement, l'engorgement ganglionnaire font défaut. Pas d'infection des sinus ni de sténose du nez. Ni syphilis, ni tuberculose. Pas de surmenage vocal.

FELIX SEMON craint le cancer et conseille une thyrotomie exploratrice.

SCANES SPICER. — N'a pas vu les préparations mais classiquement le diagnostic de cancer est douteux.

SCANES SPICER. — **Laryngite avec hyperplasie sous-glottique marquée près de la commissure antérieure chez un homme de 36 ans.** — La maladie a débuté il y a quatre mois. Le malade est anémique, pas de signes de tuberculose, aucun antécédent morbide. Traitement par les pulvérisations de chlorure de zinc ; œdème de l'épiglotte et de la région voisine.

DUNDAS GRANT. — Pense qu'il s'agit de tuberculose.

PEGLER est du même avis et cite à l'appui un cas personnel analogue.

FELIX SEMON pense qu'il s'agit de laryngite chronique simple ni tuberculeuse ni syphilitique.

LE PRÉSIDENT ne saurait assurer l'existence de l'ulcération.

SAINT-CLAIR THOMSON. — La température et le pouls normaux, l'absence de signes de tuberculose ont fait éliminer cette cause du diagnostic. Il n'y avait pas d'antécédents spécifiques. L'iodure a plutôt aggravé le mal.

Il montre ensuite un cas d'*infiltration de la corde vocale droite datant de trois mois*. Le malade, âgé de 40 ans, est enrôlé depuis janvier. Les deux tiers postérieurs de la corde vocale droite sont le siège d'une infiltration lisse, rouge ; les mouvements sont libres ; un peu de laryngite hypertrophique ; cavum sain ; quelques polypes ont été enlevés des narines. L'iodure, le repos vocal, la suppression du tabac et de l'alcool n'ont rien amélioré.

JOBSON HORNE considère ces lésions comme de l'éléphantiasis diffuse.

M. LAKE recommande le traitement mercuriel.

LORGAN TURNER montre : 1° les pièces d'une *diphthérie laryngée primitive*. Cette affection, survenue chez un adulte vigoureux, resta cantonnée dans le larynx et entraîna une mort rapide malgré la trachéotomie. L'examen *post mortem* de la membrane qui s'étendait de l'épiglotte au cricoïde y montra le bacille de Klebs-Löffler.

2° un *larynx pour diagnostic*. Cette pièce a été enlevée chez un

enfant de 8 ans, asphyxié par des aliments vomis qui avaient pénétré dans le larynx et les bronches. Cet organe est parsemé de points blancs d'un millimètre ou plus de diamètre ressemblant à des tubercules miliaires. Ils sont composés de tissu lymphoïde sans cellules géantes.

JOBSON HORNE croit que ces nodules n'ont aucune signification pathologique ; l'épithélium ayant été détruit les tissus sous-jacents sont devenus plus visibles.

WALSHAM. — **Nez détruit par un furet.** — Malade de 24 ans qui eut à 3 mois le visage rongé par un furet, le nez, une partie de la peau du front et la moitié de la lèvre supérieure étaient détruits. Elle a subi dix-huit autoplasties, la plus réussie fut faite par sir Thomas Smith en 1887, avec une greffe de la peau du bras. La narine droite qui était ouverte s'est fermée lors de la dernière opération en 1899.

LE PRÉSIDENT pense avec Walsham qu'il n'y a plus rien à faire si, comme il l'a compris, l'introduction d'un cartilage a échoué.

JOBSON HORNE. — **Epithélioma du larynx.** — Homme de 69 ans qui devient aphone à la suite de l'influenza en août 1899 ; aucune douleur, ni gêne, pas de trouble de la santé générale. La tumeur occupe les deux tiers de la corde vocale droite. D'aspect en grande partie papillomateux, elle remplit le tiers antérieur de la glotte et s'étend jusque sous la bande ventriculaire gauche. Corde vocale droite immobile, gauche indemne. Congestion générale du larynx. Pas d'engorgement ganglionnaire. Iodure de potassium pendant 15 jours sans résultat.

LE PRÉSIDENT regarde cette tumeur comme maligne.

FÉLIX SEMON fait quelques réserves et conseille la thyrotomie et l'ablation de la tumeur.

FITZ GERALD POWELL a vu le malade en janvier et a conseillé l'opération, ne doutant pas de la nature maligne du mal. Le malade a refusé. Il est surpris cependant que la tumeur n'ait pas grossi.

FITZ GERALD POWELL. — **Tuberculose du larynx.** — Homme de 18 ans atteint depuis quatre ans d'enrouement et de gêne respiratoire progressifs. Dysphagie. Il y a 5 ans, érysipèle de la face, et il y a un an éruption qui dure encore sur le visage. Tout le larynx est pâle et gonflé, parsemé d'érosions superficielles. L'application d'une pommade à l'acide salicylique à 5 % sur le nez et la face a

apporté une certaine amélioration à l'éruption. Il se propose de curetter le larynx et d'appliquer ensuite de l'acide lactique.

WYATT WYNGRAVE montre des pièces intéressantes de deux catégories de papillomes du nez : le premier de la variété squameuse histologiquement identique au papillome cutané ; le second appartenant à la variété cylindrique et qui n'avait pas encore été rencontré dans le vestibule nasal.

RICHARD LAKE montre des dessins de kyste du nez et éléphantiasis du larynx tuberculeux.

ATWOOD THORNE. — **Pharyngomycose chez une femme.** —

SCANES SPICER dit qu'il faut savoir s'il y a lieu de traiter ces cas activement ou non. Quand les malades sont tourmentés par divers symptômes : sensation de corps étranger, démangeaison, mauvais goût, dyspnée, dyspepsie, etc., il est partisan d'un traitement actif : lavages antiseptiques alcalins, attouchements des cryptes au sublimé, cautérisations. Ces cas sont très rebelles, avec des rémissions ; la guérison n'est jamais sûre. Mais les malades n'aiment pas qu'on les laisse en paix.

PEGLER demande si le mauvais goût dans la bouche est le symptôme principal.

FITZ GERALD POWELL calme la démangeaison par le curettage et le nitrate d'argent en solution au 1 %.

WYATT WINDGRAVE fait ressortir l'importance du diagnostic entre l'actinomycose vraie et la kératose des amygdales. Chez cette dernière le meilleur traitement est la solution saturée d'acide salicylique, la pharyngomycose cède aux acides sulfureux et antiseptiques.

PARKER. — La tumeur est très difficile à détruire quand elle est très adhérente. Généralement au bout de quelques mois elle devient flottante. Il est donc préférable d'attendre ce moment pour intervenir.

FÉLIX SEMON. — En discutant cette question, la Société revient sur un sujet déjà discuté récemment et pour lequel on a déjà préconisé nombre de traitements. Personnellement il croit que cette affection survient chez des gens affaiblis que le changement, le repos et l'exercice guérissent mieux que le traitement médical ou chirurgical. Le mauvais goût dans la bouche n'est pas un symptôme usuel.

ATWOOD THORNE réplique que sa malade n'en avait pas et que personnellement il est disposé à éviter tout traitement actif.

HERBERT TILLEY montre un cas de suppuration de l'antre avec distension considérable de la paroi interne. — Enfant de 16 ans qui se présente pour gêne respiratoire de la narine droite, écoulement nasal purulent et dépression générale. L'examen montre une distension considérable de la paroi interne de l'antre qui touche à la cloison. Crépitation et douleur à la pression. Après ablation des foyers osseux cariés l'antre fut lavé trois fois par jour avec divers antiseptiques. Dès qu'on cesse ces irrigations la suppuration reparait. Faut-il faire une opération radicale? Le père s'y oppose à moins que ce ne soit absolument nécessaire.

LE PRÉSIDENT dit qu'avant de décider l'opération il faut vérifier avec un stylet fin l'épaisseur de la paroi interne de l'antre qui paraît amincie, les injections devront d'abord être continuées pendant quelque temps encore.

PEGLER montre un kyste de la glande thyroïde chez une femme. — La tumeur tendue, fluctuante, grosse comme une orange, remonte à environ dix-huit mois. Symptômes de compression qui ont progressé récemment, larynx très déplacé.

LE PRÉSIDENT doute toujours de la nature kystique de ces tumeurs dont il a une grande expérience. La position seule l'établit. On trouvera probablement plusieurs kystes; l'ablation n'en est pas généralement difficile; si cependant elle ne peut se faire il faut ouvrir les kystes et suturer leur paroi à la peau.

DUNDAS GRANT demande si les autres membres de la Société ont pratiqué avec succès les injections de perchlorure de fer suivant la formule de sir Morell Mackenzie. Il a eu quelques bons résultats.

FÉLIX SEMON répond à Grant que la question des injections dans le goître a soulevé, il y a quinze ou vingt ans, une vive polémique dans le « *British medical journal* ». Il a établi par un certain nombre de cas que les injections iodées étaient parfois très dangereuses. Depuis il a vu une injection de perchlorure de fer dans un kyste ponctionné délimiter l'inflammation de la glande, l'infection et la mort. Ces dernières années il a eu un grand nombre de bons résultats, aucun accident, et cependant il a tout à fait abandonné ce mode de traitement à cause des progrès de la chirurgie de la glande thyroïde qui rendent ces expédients inutiles.

LE PRÉSIDENT est d'accord avec Félix Semon pour dire que les injections de perchlorure de fer ne donnent pas de satisfaction. Elles peuvent produire des abcès et occasionnent de grands troubles.

SAINT-CLAIR THOMSON pense que dans la chirurgie moderne la méthode d'injecter les kystes a vécu, ceux-ci pouvant aujourd'hui être ouverts sans danger.

FITZ GÉRALD POWELL croit aussi que l'ablation des kystes est préférable à l'injection. Il rapporte un cas où un chirurgien bien connu pratiqua l'électrolyse avec deux aiguilles; le malade succomba en moins d'une demi-heure.

CHARSLEY montre un **rhinolite** chez un enfant.

ATWOOD THORNE est d'avis qu'il s'agit d'un corps étranger et demande une observation plus détaillée pour la prochaine séance.

LE PRÉSIDENT, avec un stylet, n'a senti aucun corps solide; il s'agit d'un corps étranger ou d'une tumeur.

CHARSLEY n'a pu recueillir aucun renseignement sur l'introduction d'un corps étranger dans le nez. Le corps était blanc, dur et mobile. Mais il n'a pu déterminer sa nature.

N. B. — L'enfant a été anesthésié après la séance et on a retiré de sa narine un morceau de gomme élastique long de 2 centimètres et large d'un demi.

LAMBERT LACK. — **Tumeur rare de la paroi postérieure du larynx.** — Femme de 39 ans, mariée, atteinte depuis quinze ans d'accès de dysphagie. L'état s'est aggravé depuis trois mois, voix faible. Pas de maigreur, ni d'engorgement ganglionnaire. On voit au laryngoscope une tumeur large, nodulaire, pâle, s'étendant de la partie postérieure des aryténoïdes sur le côté droit. Molle au toucher elle semble provenir de la surface postérieure du cricoïde. Ce n'est pas un épithélioma, peut-être un sarcome ou une tumeur bénigne.

FELIX SEMON considère ce cas comme rare et intéressant. Il est sûr que ce n'est pas un carcinome et très persuadé que ce n'est pas non plus un sarcome, car il y aurait déjà infection ganglionnaire, et paralysie de la corde vocale droite. C'est donc une tumeur bénigne qu'il conviendrait d'enlever avec l'anse et d'examiner au microscope pour fixer la conduite à tenir ultérieurement.

SAINT-CLAIR THOMSON pense qu'elle pourrait venir de l'œsophage et la considère aussi comme bénigne et rappelle qu'il a vu avec Felix Semon un cas analogue chez une malade venant du Cap; mais derrière la tumeur il y avait un abcès; la malade est retournée au Cap depuis deux ou trois ans et va parfaitement bien.

JOBSON HOME dit que la tumeur ayant débuté par la région aryténoïdienne, ne peut être considérée comme d'origine œsophagienne.

DUNDAS GRANT montre : 1° un cas de lupus de la cloison ayant envahi le dos du nez, chez une jeune fille ; 2° un cas de pachydermie des apophyses vocales chez un homme d'âge moyen ; 3° une perforation spécifique du palais avec ulcération d'apparence tuberculeuse chez une femme d'âge mûr.

SCNEAS SPICER relate les lésions de l'épiglotte dans ce cas comme tuberculeuses et semblables au cas de Fitz Gérard Powell. Quand il a vu la malade elle n'avait que la perforation du palais d'aspect tertiaire typique et rien au larynx.

---

*Séance du 3 mai 1901.*

*Président : CRESWELL BABER*

BARCLAY BARON présente de nouveau la tumeur laryngienne montrée à la précédente réunion. Elle ne put être enlevée par la bouche ; c'était un épithélioma infiltrant, non pédiculé, envahissant l'épiglotte et le larynx. Le malade vit encore malgré une infection ganglionnaire considérable, il a refusé l'extirpation totale du larynx.

MARK HOWELL montre un homme de 61 ans, chez lequel il a extirpé, par le procédé endolaryngien, en 1886 puis 1887, un gros épithélioma de la corde vocale gauche qui, depuis, n'a pas récidivé.

DE SANTI a été vivement intéressé par l'histoire de ce malade, de son traitement et par le résultat obtenu. Mais d'après l'examen microscopique des pièces, le diagnostic d'épithélioma ne saurait être affirmé. Comme évolution clinique il a également une marche et une durée absolument insolites. Il y aurait eu engorgement ganglionnaire et l'opération endolaryngienne eût été impossible. Son opinion est donc qu'il s'agit d'une tumeur bénigne.

FELIX SEMON déclare qu'il adhère complètement aux remarques de de Santi. On enseigne, et en cela son expérience est d'accord avec la théorie, que les tumeurs bénignes diffèrent des malignes parce que les premières s'étendent en surface, les secondes en profondeur. Comment pourrait-on enlever de telles tumeurs sans que, comme dans le cas présent, il en reste aucune trace ? il ne nie pas cependant qu'on puisse débarrasser le larynx d'une tumeur maligne par le procédé endolaryngé. On en a relaté un cer-

tain nombre de cas. Il rappelle à ce propos une lettre écrite par lui en 1887 à propos de la maladie du prince héritier allemand, un cas personnel avec survie datant de 29 ans ; et l'opinion de Fränkel de Berlin, qui s'est fait le défenseur de ce procédé dans des cas choisis. Cela n'empêche qu'il ne peut comprendre comment une tumeur maligne du volume de celle que représente le dessin de Howell a pu être enlevée ainsi sans laisser de traces. Aussi la considère-t-il plutôt comme un gros papillome né de la commissure antérieure, ce qui expliquerait l'aspect actuel du larynx du malade de Howell, il a lui-même enlevé un gros papillome de la commissure antérieure qui ressemblait tout à fait au dessin de Howell. Il n'a pas trouvé non plus dans les pièces microscopiques les caractères des tumeurs malignes et demande que M. Howell consente à ce que celles-ci soient soumises au Comité des tumeurs. Ce cas exceptionnel vaut un examen très sérieux. Il conclut qu'en cas de refus des opérations plus radicales que permet la chirurgie moderne on pourra avoir recours au procédé endolaryngé, mais seulement dans ces cas.

LE PRÉSIDENT estime que la proposition de Félix Semon concernant l'examen des pièces par le Comité des tumeurs est tout à fait à accepter.

VINRACE demande à Howell si à aucun moment il n'a observé d'engorgement des lymphatiques en rapport avec la tumeur.

MARK HOWELL, dans sa réplique, indique que la tumeur était à la première opération fixée au bord interne et un peu à la surface de la corde vocale gauche sur toute sa longueur ; à la seconde opération la base d'implantation était plus large et s'étendait jusqu'à la corde vocale supérieure gauche. Il accepte l'examen du Comité des tumeurs. C'est M. Eve qui a fait les coupes qui a établi le diagnostic d'épithélioma. Le mouvement de la corde vocale arrêté lors de la première intervention est resté tel depuis. Il n'a pas vu de lymphatiques dilatés.

FREDERICK SPICER montre une femme de 15 ans, atteinte de polypes du nez, qui, par compression, ont déterminé la résorption du cartilage de la cloison sans perforation. Ni syphilis, ni scrofule dans les antécédents ; pas de traumatisme.

LE PRÉSIDENT pense que la compression peut suffire à expliquer la résorption du cartilage mais elle a pu être aussi causée par un abcès de la cloison.

FITZ GERALD FOWELL a vu dans un cas un abcès de la cloison détacher complètement le cartilage de l'os du nez qui était épaissi par suite d'ethmoïdite. L'affection était due à un traumatisme.

NOURSE a vu dernièrement un malade chez lequel les narines n'étaient plus séparées que par la petite columelle ; cependant le nez n'était pas déformé. La chute du cartilage moyen a dû être entraînée par l'absorption des cartilages latéraux.

SCANES SPICER pense qu'il s'agissait là d'un vieil abcès de la cloison dont la suppuration avait détruit les cartilages latéraux. Les traumatismes et la syphilis sont les causes les plus fréquentes de ces abcès.

SAINT-CLAIR THOMSON est d'avis qu'on pourrait retourner l'explication de Nourse et se range à l'avis du Président. Tout le monde sait que les cartilages peuvent manquer sans que le nez soit déformé. Mais si le cartilage est détruit par un abcès la cicatrice en se rétractant amène une déformation.

LE PRÉSIDENT trouve l'explication bonne.

F. SPICER remercie et ajoute qu'il concède que l'absorption du cartilage peut être due à un abcès secondaire aux polypes ou à la lésion de l'éthmoïde.

LAMBERT LACK. — **Examen microscopique de la tumeur rare du larynx** montrée dans la réunion précédente.

La tumeur a été élevée par la voie externe ; l'examen microscopique par Jobson Horne a révélé un sarcome à cellules mélangées.

FELIX SEMON, qui considère cette tumeur comme un fibrome, demande son renvoi au Comité des tumeurs et félicite Lack de sa belle opération.

SAINT-CLAIR THOMSON demande à Lack s'il est nécessaire de poser des ligatures temporaires sur les artères ; s'il a eu quelques difficultés avec les hémorragies ou la respiration et à quelle hauteur il faut contourner le larynx.

LAMBERT LACK dit qu'on n'a pas à redouter les hémorragies, le champ opératoire étant tout entier visible ; les ligatures temporaires sont donc inutiles, sauf quand on opère dans le pharynx par la bouche. Il sera très heureux que la tumeur soit examinée par le Comité.

LAMBERT LACK montre une occlusion du nez par une cloison osseuse située près de son centre. Trouvaille de dissection sans histoire pathologique.

W. CARSON montre des **papillomes multiples du larynx** enlevés à l'autopsie d'une enfant de 2 ans 1/2 qui mourut subitement d'asphyxie.

LE PRÉSIDENT. — On sait que ces tumeurs récidivent souvent après l'opération. Dans un cas célèbre la thyrotomie a été recommencée dix-sept fois.

CHARLES A. PARKER. — **Pachydermie du larynx.** — Malade déjà montré il y a deux ans : pas de changement dans l'état malgré la variété des traitements.

JOBSON HORNE considère ce cas comme un type de pachydermie verruqueuse et n'est pas partisan d'un traitement chirurgical.

DE SANTI. — La conduite à suivre serait de laisser le malade tranquille.

PARKER avait surtout présenté ce malade pour montrer qu'il n'était pas tuberculeux. Depuis neuf mois il n'a suivi aucun traitement.

DUNDAS GRANT montre une jeune femme atteinte de tumeur de la base de la langue.

DE SANTI la considère comme un sarcome extensif; la consistance, la surface irrégulière, l'absence d'ulcération, l'âge de la malade, son histoire, sont en faveur d'une tumeur maligne. Il y a de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires. Une biopsie serait utile.

LAMBERT LACK soigne en ce moment une jeune fille portant une tumeur à peu près semblable mais couverte de vaisseaux et qu'il pense venir de la thyroïde. Ce n'est cependant pas le diagnostic qu'il porterait pour l'autre.

LE PRÉSIDENT a présenté à la Société une tumeur thyroïdienne de la base de la langue mais elle était plus irrégulière, à l'aspect plus malin que celle-ci.

FITZ GERALD POWELL dit que, pensant à cause de l'âge de sa malade que la tumeur est maligne, il en fera faire un examen microscopique avant de tenter quoi que ce soit.

ATWOOD THORNE présente une ulcération de la pointe de la langue chez un homme de 32 ans. Il a souffert depuis l'année dernière depuis dix jours il est à l'iodure; amélioration légère. Sa langue est légèrement fixée.

LE PRÉSIDENT conseille d'augmenter la dose d'iodure.

MARK HOWELL propose la biopsie.

SAINT-CLAIR THOMSON dit la syphilis certaine, la malignité possible. Dans tous les cas douteux il faut essayer le traitement spécifique et il prie Thorne de ne rien entreprendre avant d'avoir essayé les frictions mercurielles pendant un mois.

DE SANTI penche pour l'épithélioma. La base de l'ulcère est in-

durée ; l'ulcération est saillante et verruqueuse. Les mouvements de la langue sont un peu arrêtés et la région sous-maxillaire légèrement tuméfiée, ce qui n'est pas habituel dans les gommés.

LAMBERT LACK partage l'avis de Thomson sur le diagnostic mais pas sur le traitement. Il serait mauvais de mettre un cas suspect de malignité au traitement spécifique quand la biopsie est si facile. S'il y a cancer l'attente est préjudiciable.

VINRACE a remarqué que le malade tire difficilement la langue et demande s'il existe d'autres infiltrations que les malignes qui puissent en entraver les mouvements.

THORNE répond qu'il fera faire une biopsie et prescrira les frictions mercurielles. Il espère présenter de nouveau le cas à une prochaine séance.

#### BIBLIOGRAPHIE

**Inflammazioni e tumori nei seni sfenoidali** (Inflammations et tumeurs des sinus sphénoïdaux) par Enrico SEGRETI, 1 vol. in-8°, de 107 pages avec 17 figures, Roma, 1902, Casa editrice.

Ce travail mérite d'être lu des rhinologistes français : il a, outre sa clarté, cet avantage, qu'ont les travaux italiens, de ne pas faire de parti pris une bibliographie systématiquement nationale, mais de citer à valeur égale les recherches des auteurs français, allemands et autres. En ceci, il est très supérieur aux mémoires semblables qui nous viennent d'outre Rhin et qui, à force de persister à ne se vouloir documenter que chez eux, présentent des lacunes qui, de jour en jour, font baisser leur valeur, à ce point que les travailleurs consciencieux s'en doivent maintenant méfier ! Ainsi, le travail de Segreti ne manque pas de citer les recherches anatomiques de Sieur et Jacob, non plus que les intéressantes et récentes tentatives de Furet pour traiter les abcès du sinus sphénoïdal par la voie du sinus maxillaire. A tous ces titres, il mérite une place en bibliographie sphénoïdale.

M. LERMOYEZ.

**Die Entstehung und Ursache des Taubstummheit**, par le Dr F. DANZIGER, gr. in-8° de 93 pages avec 3 tables et 22 figures dans le texte. — Joh. Alt, Francfort-sur-le-Main, 1900.

L'auteur a déjà fait un mémoire pour démontrer que le strabisme convergent est en rapport avec une brachycéphalie d'ordre

pathologique, la trigonocéphalie. Il s'efforce aujourd'hui de démontrer que c'est le raccourcissement du diamètre antéro-postérieur du crâne par rapport au diamètre bipariétal qui est la cause de la surdi-mutité congénitale. Ceux qui ne l'ont pas vu n'ont pas voulu le voir, car Virchow l'a dit très expressément en étudiant deux crânes de sourds-muets adultes qui lui ont servi à rapprocher les sourds-muets des crétins !

Ce sont les modifications de la base du crâne qui retentissent sur la forme du crâne en général, sur les os et notamment sur le rocher et ces modifications sont elles-mêmes sous la dépendance de la pression intra-crânienne et de l'action musculaire extérieure. Et pendant soixante pages de texte compact l'auteur va chercher des arguments dans la forme du crâne chez les animaux, dans l'action du stapédus et la fatigue auditive, dans le bégaiement et la respiration buccale, dans le myxoedème, le goitre, le crétinisme, le rachitisme et les troubles causés par les eaux riches en sulfate de chaux ! Franchement la théorie de l'auteur gagnerait à être allégée de toutes ces longueurs à travers lesquelles il est difficile de suivre son idée directrice.

M. LANNOIS.

---

## ANALYSES

---

### I. — OREILLES

**Double conduit auditif**, par HABERMANN (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, n<sup>os</sup> 1 et 2, Bd. 50, sept. 1900).

H. passe en revue les cas publiés antérieurement (Schönigjahn, Bernard, Macauln, Urbantschitsch) et ceux plus récents de Brieger et de Guranowski et fait remarquer que parmi les cas les plus anciens, certains n'appartiennent peut-être pas à la catégorie des malformations.

on petit malade, âgé de 10 ans, présentait deux ouvertures de conduit dans la conque, la supérieure, arrondie, se continuant par un vrai canal et aboutissant à un tympan ; l'inférieure, ovalaire, terminée par un petit conduit en cul-de-sac d'environ 7 millimètres. Ce canal supplémentaire renfermait un peu de cérumen et de poils. Rien d'anormal du côté du conduit et de la membrane tympanique. A la partie antérieure du tragus on voyait trois petits ap-

pendices dont la présence confirme le diagnostic de malformation congénitale. Il n'y avait d'ailleurs aucune trace de cicatrice.

M. LANNOIS.

**Observations sur l'action de la naphthalane dans le traitement de l'eczéma de l'oreille externe**, par SAGABIEL (*Munch. med. Woch.* 1900, p. 1664.)

La naphthalane, extraite d'une naphthe spéciale au point de vue physique et chimique, a été tout d'abord employée par Rosenbaum à Tiflis ; depuis, de nombreux médecins en ont vanté les effets dans diverses affections de la peau. A la clinique universitaire de Göttingen on l'a employée dans 40 cas d'eczéma dont 3 de nature absolument chronique. Dans 36 cas, les résultats ont été très beaux, l'amélioration survenant dès le lendemain, la guérison dans un espace de trois à quinze jours ; dans 4 cas, il y eut aggravation sous l'influence du topique, qui fut abandonné. Le mode d'application est fort simple : on enduit abondamment toute la région malade de naphthalane et l'on recouvre d'un pansement sec sans tissu imperméable ; l'application est renouvelée tous les jours, après nettoyage au tampon sec ou à l'huile, mais sans eau.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**A quel point de vue faut-il considérer actuellement la thérapeutique des otites suppurées chroniques et où en est la question du cholestéatome ?** par E. LEUTERT (*Munch. med. Woch.* 1900, p. 1329).

On parle communément de l'otorrhée chronique et du traitement de l'otite moyenne, sans préciser davantage le siège exact de la suppuration ; les différentes parties de l'oreille moyenne ne sont pas forcément atteintes à la fois et un diagnostic précis guiderait mieux le traitement. Le siège de la perforation du tympan donne à ce point de vue des indications précieuses. Les suppurations de la muqueuse tympanale s'ouvrent au point où la membrane subit la plus forte pression, c'est-à-dire dans le segment inférieur aux environs du point d'insertion du tenseur ; souvent l'ouverture est réniforme et elle reste en général petite car sa situation permet un écoulement suffisant. Les suppurations de la trompe aboutissent à une perforation du segment antérieur, vis-à-vis de l'orifice tympanal de la trompe. Quand la suppuration est limitée à l'attique et à l'antre mastoïdien ou bien quand ces ré-

gions sont impliquées secondairement, les choses se passent autrement ; à l'état pathologique, ces régions sont le plus souvent séparées de la cavité même du tympan et le point de moindre résistance se trouve être la membrane de Shrapnell ; aussi est-elle le siège de la perforation. Enfin, dans les suppurations de l'antre mastoïdien, l'ouverture du tympan siège dans le segment postéro-supérieur ; au bout d'un certain temps, la longue apophyse de l'enclume s'infecte et se carie et la suppuration persiste de ce fait même lorsque la sécrétion de la cavité de l'antre est tarie ; l'ouverture n'a pas de tendance à s'agrandir par en haut dans ce dernier cas, tandis que la membrane est détruite jusqu'au rebord osseux lorsque la suppuration de l'antre persiste longtemps. Les perforations marginales favorisent l'épidermisation de la muqueuse par continuité et la petitesse des ouvertures conduit à l'accumulation des débris épidermiques sous forme de chole stéatomes. Deux conditions sont essentielles à la production du cholestéatome ; il faut que l'inflammation ait détruit l'épithélium cubique de la muqueuse afin de permettre la greffe de l'épithélium pavimenteux, mais il faut aussi que la suppuration soit modérée afin de ne pas détruire l'épithélium nouveau ; l'état inflammatoire de la couche sous-muqueuse est la cause de la production rapide et de la desquamation immédiate des strates de ce nouvel épiderme ; on ne peut pas toujours découvrir à l'examen histologique les traces de cette inflammation sous-épidermique dans les cas de cholestéatomes, parce que le processus est éteint, la sous-muqueuse guérie, dépourvue déjà de toute infiltration de cellules rondes. Le cholestéatome continue à s'accroître par suite de l'accumulation des produits et déchets normaux de l'épiderme ; il y a une intensité moyenne de l'inflammation qui est la plus favorable à la production des cholestéatomes ; plus vive, elle détruit l'épiderme et désagrège le cholestéatome ; plus torpide, elle fait tomber au minimum l'accroissement de la concrétion.

Lorsqu'au contraire la perforation du tympan occupe son segment inférieur, que le pus ne stagne pas, l'épithélium cubique est conservé et le pavimenteux immigre bien à travers la perforation dans les cas favorables, mais s'arrête devant l'épithélium indigène. Dans d'autres cas, il se développe à la place de l'épithélium cubique détruit, mais il arrive à former une membrane continue et la cutanéisation du revêtement de la caisse du tympan conduit à la guérison.

L'auteur discute ensuite longuement les observations des cholestéatomes vrais, d'origine pie-mérienne démontrent qu'ils sont

excessivement rares, tandis que le cholestéatome otique est tout à fait commun dans les suppurations chroniques.

Au point de vue thérapeutique, on se basera sur le diagnostic précis du siège de la suppuration ; sa résistance aux moyens employés sa durée, sa fétidité ne sont pas des indications opératoires ; l'intervention chirurgicale ne peut activer la guérison d'une pyorrhée de la muqueuse tympanale. Le meilleur mode de nettoyage consiste dans la douche d'air et les lavages par la trompe d'Eustache ; c'est la seule manière de vider complètement la caisse du tympan, ce à quoi on ne peut arriver par le conduit auditif externe.

L'auteur termine par l'indication minutieuse des opérations plus ou moins radicales, pratiquées sur les osselets, la caisse, le conduit auditif et la région mastoïdienne.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**Otomycose dans les tropiques**, par H. C. HIGHET (*Lancet*, 22 décembre 1900, in *New York med. record*, 3 janvier 1901).

L'auteur croit que cette affection s'observe rarement dans les régions tempérées. Toutes les observations de H. concernent des Européens de l'âge adulte. Les symptômes varient. Dans les cas types, le méat est obstrué par une substance molle d'aspect laineux. L'affection est curable lorsqu'elle est bien soignée. On gratte le champignon avec une sonde, puis on nettoiera le conduit avec une solution chaude de bichlorure de mercure. Après la disparition du champignon, on insufflera une poudre composée d'acide borique, de salicylate de bismuth et d'oxyde de zinc. On aura soin de tenir l'oreille propre et sèche.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Le traitement du processus catarrhal adhésif de l'oreille moyenne par des injections intratubaires de pilocarpine**, par FISCHENICH (*Berlin. klin. Woch.*, 1900, p. 1033).

Une pratique de 45 ans a conduit l'auteur à considérer la pilocarpine comme un moyen précieux dans le traitement des otites chroniques scléreuses simples et même de celles qui se compliquent d'otite interne. Il se sert d'une solution aqueuse de chlorhydrate de pilocarpine à 2 %, en commençant par six à huit gouttes pour chaque oreille pour atteindre graduellement douze à seize gouttes par dose ; le liquide injecté dans la caisse du tympan par la trompe d'Eustache est en général résorbé du jour au lende-

main ; dans le cas contraire on attend un jour de plus avant de recommencer. Immédiatement après l'injection, le patient éprouve toujours du vertige, parfois un peu de douleur, mais ces accidents sont de courte durée. Pendant la durée du traitement on observe peu de changement quant à l'acuité auditive, mais les bruits subjectifs insupportables, les maux de tête disparaissent ou diminuent notablement dès les premières injections ; après avoir cessé les instillations de pilocarpine, on fait des insufflations d'air durant une huitaine et l'ouïe va alors s'améliorant rapidement. Voici une observation caractéristique : une femme atteinte de sclérose progressive est traitée par l'auteur pendant des années avec peu de succès d'abord, avec un résultat absolument négatif ensuite ; les insufflations, les instillations, le massage ont été faits en pure perte, si bien qu'on abandonne tout traitement pendant trois ans ; la surdité est telle que la voix très haute n'est perçue qu'au contact de l'oreille, les bruits subjectifs ont atteint une intensité des plus pénibles à endurer ; épreuve de Rinne négative, conduction osseuse exagérée. Après trente-cinq injections, la patiente entend à 5 mètres et ce résultat persiste six mois plus tard ; les bruits subjectifs sont supportables et la tête plus libre. Une nouvelle série de trente injections est faite l'année d'après et l'acuité monte à sept mètres ; six mois plus tard, elle s'est accrue spontanément jusqu'à dix mètres et les bruits subjectifs sont insignifiants ou absents. Une grippe abaisse l'acuité auditive passagèrement, mais une nouvelle cure la ramène à dix mètres où elle s'est maintenue depuis. Ce cas caractérise bien la marche du traitement dans toute une série d'observations ; l'auteur en compte 120 environ.

L'effet des injections de pilocarpine est très remarquable dans les cas de catarrhe de la trompe avec gonflement de la muqueuse ; il suffit de pousser lentement à travers la trompe quelques gouttes de pilocarpine deux ou trois fois pour rendre le passage absolument libre.

Quant au mode d'action de la pilocarpine, il est vraisemblable que l'hypérémie passagère et répétée dissocie en quelque sorte les tissus indurés et amène ainsi leur résorption. M. N. WILBOUCHEWITCH.

**Acide phénique pur dans les otites moyennes**, par WENDELL (*Med. record*, 1900, vol. IV, p. 296).

A condition de faire aussitôt après un attouchement à l'alcool, Wendell a pu, dans les otites moyennes et les mastoidites, employer

les attouchements avec l'acide phénique en solution très concentrée et même presque pur (solution d'acide phénique neigeux à 95 o/o). Dans le cas de nécrose, Wendell prolonge le contact en grattant même la cavité avec le tampon jusqu'à quarante et soixante secondes avant d'avoir recours à l'alcool. Jamais d'accident ni local ni général. Dans l'otorrhée, ce traitement amène le plus souvent la guérison sans qu'on soit obligé de faire l'ablation des osselets.

A. F. PLICQUE.

**Lésions fongueuses de l'oreille, par W. K. HATCH et R. ROW**  
(*Lancet*, 4<sup>er</sup> décembre 1900.)

Dans le but de faire ressortir la fréquence des altérations auriculaires fongueuses pendant la saison pluvieuse à Bombay, Hatch a réuni tous les cas soignés en octobre 1899, à l'hôpital Jamssetjee, Jeejeebhoy. Le diagnostic fut vérifié par l'examen microscopique, et à plusieurs reprises, Row fit des cultures sur agar-agar. Les praticiens de Bombay parlent souvent de la fréquence de l'otite externe dans ces climats, et en général ils diagnostiquent la furunculose. La plupart du temps il s'agit de l'aspergillose, et les petites pustules rencontrées dans le conduit proviennent plutôt d'une poussée fongoïde. Dans son ouvrage, Rosa catalogue plusieurs variétés et à son avis le fungus entraîne l'eczéma du conduit et ne constitue pas une manifestation secondaire. En consultant les statistiques, on s'aperçoit qu'il existait une seule fois une affection auriculaire antérieure; le malade avait souffert quelques mois auparavant d'une perforation et d'un écoulement qui furent enrayés par le nitrate d'argent. L'oreille demeura saine jusqu'à l'apparition du fungus; aucun écoulement tant que les accidents restèrent latents. Avant on observa plusieurs suppurations avec symptômes inflammatoires et jamais on ne rencontra le fungus qui doit être primitif. Il engendre des manifestations variant de la surdité légère à la surdité totale, accompagnée de douleur parfois accentuée, et en tout cas d'une sensation de malaise. Souvent la membrane tympanique est oblitérée par la tumeur ou est parsemée de taches rouges. On peut diviser les altérations en deux catégories: sèches et humides; dans ce dernier cas, on observe toujours de l'eczéma et un écoulement auriculaire aqueux ou légèrement purulent, avec un faible degré de surdité et une sensation de plénitude. Presque toujours on rencontre l'*aspergillus niger*. Lorsque l'épithélium présente un aspect humide, il est parsemé de particules blanchâtres assez difficiles à distinguer de prime abord.

Après leur ablation suivie de lavage, les parois du conduit apparaissent rouges, privées d'épithélium, souvent irrégulières, avec de petits furoncles et des gonflements et la membrane tympanique revêt une teinte rougeâtre. Fréquemment l'*aspergillus* se montre à la surface des petites pustules épithéliales.

Dans la variété sèche, les symptômes douloureux, le malaise et la surdité s'observent aussi, mais l'écoulement fait défaut, et le conduit est obstrué par des débris épithéliaux mêlés de parcelles jaunes, blanches ou brunâtres, répandues à la surface, ou bien les parois du conduit sont revêtues d'une croûte de couleur sombre, sur laquelle le fongus prend racine. L'apparence est analogue à celle de la rhinite lorsque des croûtes sèches tapissent la surface de la muqueuse ; on distingue le tympan, mais sa surface est occupée partiellement par des champignons analogues à ceux du conduit. Parfois on rencontre des taches tympaniques, qui disparaissent difficilement. Après le lavage, les parois du conduit sont rouges, mais sèches et la membrane tympanique est moins souvent enflammée que dans la variété humide. Le diagnostic se fait rapidement d'après quelques observations et l'examen microscopique le confirme.

Le traitement est le même pour les deux catégories ; il consiste en lavages et en applications à parties égales d'iodoforme et d'acide borique. Désinfection du conduit avec du salol camphré. En tout cas, il faut surtout s'attacher au nettoyage et à l'assèchement.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Epithéliome de la caisse avec symptômes pseudobulbaires**, par M. SUGAR (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, n° 1 et 2, Bd. 50, sept. 1900).

Homme de 36 ans, atteint d'un cancer inopérable de la caisse à droite. Il présente une paralysie faciale droite, une paralysie avec atrophie de la moitié droite de la langue, de l'agueusie du même côté, de la paralysie de la corde vocale droite en position cadavérique. C'est une série de paralysies que l'on trouve lorsque les noyaux sont atteints au niveau du quatrième ventricule. Mais en réalité il ne peut s'agir dans ce cas que de lésions des nerfs dans leur trajet, englobés qu'ils sont dans les prolongements de la tumeur du côté des os du crâne. Pas d'autopsie.

M. LANNOIS.

**Quelques considérations sur l'inflammation aiguë de l'oreille moyenne**, par BRIDE P. (*Lancet*, 18 mai 1901).

L'auteur rapporte d'abord 1 cas dans lequel une petite perforation de la membrane du tympan du côté gauche, récente, ne guérit qu'après évacuation d'un empyème du sinus maxillaire droit.

A ce propos l'auteur discute successivement plusieurs questions intéressantes.

1<sup>o</sup> *Rapports entre l'otite moyenne aiguë et les affections du nez et du naso-pharynx.* — On ne sait pas assez qu'il est une forme de végétations adénoïdes qui ne s'accompagne d'aucun autre trouble et qui, cependant, peut être responsable d'otites récidivantes. Le malade respire parfaitement ; il peut être sujet à des rhumes de cerveau, mais il n'y attache pas beaucoup d'importance.

Par la rhinoscopie postérieure cependant, on découvre une nappe de tissu adénoïde occupant l'espace situé entre les deux trompes d'Eustache et prenant manifestement sur leurs bords.

Par l'exploration digitale on pourra sentir l'amas de tissu lymphoïde, mais en remarquant qu'il est peu volumineux. Dans de semblables cas, cependant, les récidives d'otite aiguë seront arrêtées par l'ablation du tissu adénoïde.

2<sup>o</sup> *Quelle est la meilleure méthode de traiter l'otite moyenne aiguë après qu'il y a eu perforation artificielle ou spontanée ?* — La méthode qui consiste à tamponner le conduit avec la gaz stérilisée après l'avoir aseptisée aussi complètement que possible, n'est pas applicable à tous les cas.

A l'avenir, l'auteur ne l'appliquera qu'avec une grande prudence, ou pas du tout, quand la perforation sera petite et que la membrane tendra à bomber. Il est actuellement de mode de décrire l'emploi de la poire de Politzer et même du cathéter, dans tous les cas où la suppuration continue. Chez la plupart des patients où il n'y a pas d'infection du nez ou du naso-pharynx, et où le drainage de la caisse n'est pas difficile à cause de la perforation, l'auteur est porté à avoir encore recours à ces deux méthodes.

Si elles paraissent utiles, il n'est pas disposé à les abandonner parce qu'elles sont, hypothétiquement et théoriquement, dangereuses.

3<sup>o</sup> *A quel moment la question de l'opération sur la mastoïde se posera-t-elle ?* — Deux conditions, après l'apparition de la perforation, sont susceptibles d'indiquer que l'otite causera des ennuis ;

ce sont un écoulement excessivement abondant et une petite perforation dans une membrane qui bombe. Quand l'écoulement est tellement abondant qu'il est difficile de croire qu'une aussi grande quantité peut venir de la caisse seule, on verra généralement, après un temps variable, apparaître de la sensibilité même de la douleur spontanée au niveau de l'apophyse.

En présence d'une perforation petite sur une membrane bombée, le chirurgien est souvent en peine pour assurer le meilleur drainage de la caisse. Une large incision est efficace pour un moment, mais, comme chacun sait, se ferme bientôt. Le moindre signe d'inflammation de la mastoïde excusera l'opération.

Il est de la plus haute importance que l'oreille moyenne soit respectée, et pour cette raison on adoptera la méthode de Schwartze, avec l'ablation de toute la partie d'os ramollie, qui pourra être trouvée dans la pointe de l'apophyse.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Recherches bactériologiques et cliniques sur les complications des otites purulentes aiguës et chroniques, par E. LEUTERT (*Archiv. für Ohrenheilk.*, Bd. 46, p. 272; et Bd. 47, Hft. 1 et 2).**

Leutert a trouvé dans 63 cas de *mastoïdite par otite aiguë* : le *streptocoque* en culture pure, trente-huit fois ; mélangé à d'autres, deux fois ; le *pneumocoque* en culture pure, onze fois ; douteux, deux fois ; le *staphylocoque blanc* en culture pure, cinq fois ; associé au pneumocoque, une fois ; le *bacille de Koch* pur, deux fois ; associé, une fois.

Dans 10 cas d'*abcès sous-dure-mériens* par otite aiguë : le streptocoque pur, deux fois ; le pneumocoque pur, six fois ; le staphylocoque blanc, une fois ; et un cas de pneumocoque douteux.

Dans 3 cas d'*abcès périauriculaire* sans participation de la mastoïde, le streptocoque pur, deux fois ; le staphylocoque pur, une fois.

Dans 5 cas d'*empyème mastoïdien* par inflammation purulente chronique, le staphylocoque blanc pur, une fois ; associé au bacille pseudo-diphthérique, une fois ; avec un bâtonnet mal défini, deux fois, et avec le streptocoque, une fois.

Dans l'*abcès épidual* consécutif à une inflammation chronique, deux fois le staphylocoque associé.

Dans 4 cas d'*empyème aigu* avec thrombose des sinus, le streptocoque pur, trois fois ; associé avec l'aureus et un bâtonnet, une fois.

Dans 2 cas d'empyème avec thrombose sinusienne par inflammation chronique, une fois le staphylocoque blanc associé avec le bactérium coli commun et une fois avec un bâtonnet.

Dans 7 cas d'abcès du cerveau : le streptocoque pur, une fois ; associé avec un bâtonnet, une fois ; avec le staphylocoque blanc, une fois et avec le proteus vulgaris, une fois ; un bâtonnet pur, une fois ; le bactérium coli pur, une fois ; le proteus pur, une fois.

Il indique ainsi qu'il a trouvé le bacille pyocyanique pur dans 4 cas de péricondrite du pavillon, le staphylocoque blanc et un bâtonnet dans un cas d'abcès du pavillon et que dans deux cas d'othématome, les cultures sont restées stériles. M. LANNOIS.

## II. — NEZ ET SINUS

**La chamæprosopie et la syphilis héréditaire dans leurs rapports avec la platyrrhinie et l'ozène**, par GERBER, de Königsberg (Vol. X, fasc. I, p. 119).

L'auteur est partisan convaincu de la théorie de l'ozène-entité morbide, ozène spontané, absolument indépendant des suppurations du nez et de ses sinus ; la rhinite atrophique fétide est fréquente sur le littoral septentrional de l'Allemagne ; ainsi l'auteur en a vu, en deux ans, 182 cas sans 1 cas de suppuration nasale concomitante, tandis que quatre-vingt-trois empyèmes n'offraient nullement le tableau de l'ozène vrai.

1° L'ozène vrai existe dans les cas d'arrêt de développement de la charpente osseuse du nez, lié à des métaplasies épithéliales et des processus atrophiques de la muqueuse ; 2° ces arrêts de développement du nez se relient à une forme crânienne définie, la chamæprosopie-platyrrhinie ; la syphilis héréditaire figure comme l'une des causes de l'arrêt de développement du nez ; 3° exceptionnellement la rhinite atrophique fétide peut être produite par un élargissement des narines et une métaplasie épithéliale provenant d'autres causes.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**La glande surrénale dans la fièvre de foin**, par BEAMAN DONGLAN (New-York med. journal, 12 mai 1900).

Donglan regarde la glande surrénale comme le véritable spécifique de l'hay-fever. Il conseille toutefois de l'associer aux trai-

tements locaux classiques. L'effet est alors bien plus rapide. Le mieux est de faire des pulvérisations avec une solution renfermant 6 à 12 % d'extraît sec. Ces pulvérisations sont faites toutes les deux heures environ. Les badigeonnages peuvent être également employés. En même temps on donne à l'intérieur 0<sup>gr</sup>,30 de glande surrénale, desséchée et saccharifiée. On répète cette dose toutes les deux heures, jusqu'à ce qu'apparaissent quelques palpitations. Il est très utile de continuer à donner préventivement deux tablettes par jour, tant que dure l'hay-fever. A. F. PLICQUE.

**Occlusion congénitale des choanes**, par J. MORF, de Winterthur (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Vol. X, fasc. I, p. 173, 1900).

Description détaillée d'un cas d'occlusion congénitale de la choane gauche ; la membrane oblitérante a été excisée à l'âge de 43 ans. Le cas ne présente pas de particularités notables, sauf le fait que la moitié gauche de la face transpirait plus facilement que la droite, ainsi que l'a observé dans un autre cas Zaufal.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**De la présence de blastomycètes dans les polypes muqueux du nez**, par O. BARRAGO-CIARELLA, de Naples (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Vol. X, fasc. III. p. 1900).

L'auteur a pu colorer par des couleurs d'aniline des corpuscules très caractéristiques dans le tissu conjonctif des polypes muqueux et ces corpuscules sont des blastomycètes, semblables absolument à ceux qui ont été décrits dans quelques lipomes et carcinomes. Les blastomycètes n'ont pas été trouvés dans tous les polypes examinés, peut-être faute d'un nombre suffisant de coupes ; les plus nombreux appartenaient à des polypes à prolifération très rapide, quoiqu'on ne soit pas autorisé à attribuer la prolifération à la présence de ces microorganismes. Voici la méthode de coloration qui a donné les meilleurs résultats : les coupes débarrassées de la paraffine sont passées à l'alcool absolu, puis mises dans une solution de cochenille dans laquelle elles restent un quart d'heure à la température du poêle et ensuite encore de une à vingt-quatre heures ; lavage à l'eau distillée, violet de méthyle d'Ehrlich pendant trois à neuf minutes, deuxième lavage, solution de Gram deux à trois minutes, séchage, puis bain dans l'huile d'aniline, éclaircissement dans le xylol et montage au baume de Canada. Le tissu du polype est rouge, les blastomycètes violets se voient soit à l'intérieur, soit en dehors des cellules, mais toujours à la périphérie de la tumeur,

dans le tissu conjonctif sous-épithélial ; on le trouve exceptionnellement dans le corps même du polype, et dans ce cas ce sont des parasites adultes isolés, tandis qu'ailleurs ils se groupent au nombre de deux à dix et de toutes les dimensions. Quinze figures nous montrent l'aspect sous lequel ils se présentent.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**Pourquoi les polypes du nez récidivent**, par CHOLEWA, de Cassel (*Monats. f. Ohrenh.*, p. 103, 1900).

L'auteur discute à fond toutes les théories des polypes du nez et tend à démontrer que les polypes récidivants ne peuvent repousser de la muqueuse et conclut des études anatomo-pathologiques, d'autres auteurs et des siennes propres, à l'origine osseuse des polypes récidivants, de là à l'origine primitive des polypes à la faveur de l'ostéomyélite subaiguë.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**De l'hyperplasie, de la dégénérescence polypeuse du cornet moyen, des polypes du nez dans leurs rapports avec la partie osseuse de la lame criblée**, par H. CORDES, de Berlin (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Vol. XI, fasc. II, 1900).

L'auteur fait un exposé fort complet et clair de l'histoire de la question, des opinions radicalement opposées quant à l'existence ou à l'absence des lésions osseuses masquées par l'hypertrophie de la muqueuse ; il expose les travaux des principaux auteurs et passe ensuite aux siens propres.

L'ablation partielle ou totale du cornet moyen est une opération très souvent indiquée et sans conséquences fâcheuses, aussi l'auteur la pratique-t-il couramment, ce qui lui a fourni de nombreuses pièces propres à l'étude histologique, ainsi qu'en témoignent les vingt-quatre observations détaillées, accompagnées de douze figures microscopiques.

L'étude anatomique aboutit aux conclusions suivantes : l'hyperplasie, la dégénération polypeuse, quelques polypes sont dus à un même processus inflammatoire de la muqueuse, à des degrés plus ou moins avancés.

L'inflammation de la muqueuse entraîne une hyperplasie de l'os sous-jacent.

Les polypes muqueux sont le produit d'une exsudation séreuse de la muqueuse, mais dans les cas prolongés, récidivant, l'os est toujours atteint ; l'os présente soit une simple infiltration du périoste et de la moelle, soit une périostite proliférante et de l'os-

téte. L'altération de l'os peut être due à une infection primitive (f. typhoïde, scarlatine, influenza), ou bien elle est la conséquence de l'inflammation de la muqueuse ou des sinus. Lorsqu'il y a récédive de polypes bien enlevés, il faudra enlever les parties malades de l'ethmoïde osseux, car la guérison spontanée de l'os est exceptionnelle.

Les polypes ne sont pas pathognomoniques des empyèmes, mais les empyèmes sont une des causes de leur production.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**Les tumeurs de la cloison du nez à l'exception des néoplasmes malins**, par HASSLAUER, de Würzburg (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Vol. X, fasc. I, p. 60, 1900).

L'auteur a réuni les matériaux dont il a pu disposer à la clinique du professeur Seifert et les statistiques publiées sur ce sujet, et il nous donne une revue complète des tumeurs bénignes de la cloison avec un certain nombre d'observations caractéristiques ou exceptionnelles.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**De l'existence du rhodane dans les sécrétions nasale et lacrymale**, par O. MUCH (*Münch. med. Woch.*, 1900, p. 1168).

La présence du rhodane dans la salive est connue ; ce liquide se colore en brun lorsqu'on ajoute une solution faible de chlorure de fer aiguillée d'un peu d'acide chlorhydrique ; la coloration est due à la production du rhodanide de fer. L'auteur a pu obtenir la même réaction avec la sécrétion nasale, mais le rhodane est évidemment contenu dans la partie fluide de la sécrétion, le mucus en contient fort peu ou pas du tout. Une autre réaction, plus sensible, consiste dans l'adjonction d'un peu d'acide iodhydrique (réaction de Sodera) et voici comment on procède : du papier filtré chimiquement pur et trempé dans un mélange d'acide iodhydrique concentré, d'acide chlorhydrique dilué et d'empois d'amidon ; puis des bandelettes de papier desséchées sont introduites dans les fosses nasales, elles se colorent en bleu.

Sur un sujet dont les sacs lacrymaux ne communiquaient plus avec les fosses nasales, l'auteur a pu démontrer que le rhodane de la sécrétion nasale ne provenait pas du liquide lacrymal. Chez quelques ozéneux, l'auteur a constaté que la réaction du rhodane était extrêmement faible aussi bien dans le nez que dans la bouche ; il y aurait peut-être lieu de tenir compte du pouvoir bactéricide du rhodane.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**Iodisme aigu après l'ingestion d'iodure de potassium en rapport avec la présence du rhodane dans la salive et les sécrétions du nez et de la conjonctive**, par O. MUCK (*Munch. med. Woch.* 1900, p. 1732).

Depuis quelque temps, l'auteur fait des recherches sur les altérations de la sécrétion salivaire dans les cas où la corde du tympan est impliquée dans le processus inflammatoire et destructif de l'oreille moyenne; il a vu ainsi quelques cas de salivation exagérée, et dans ces mêmes cas absence totale et durable de rhodane dans la salive. L'iodure de potassium a été parfaitement supporté par les personnes dont la salive contient très peu ou ne contient point de rhodane tandis que l'iodisme se manifestait chez ceux qui offraient la substance en abondance. Cette notion a son importance clinique; ainsi dans un cas de rétrécissement de la glotte, avant d'instituer le traitement ioduré, on examina les sécrétions et on constata l'absence du rhodane; l'iodure peut être administré sans la crainte de voir survenir un œdème de la glotte qui aurait été fort grave. Il faut faire observer que l'iodisme ne se manifeste qu'au niveau des muqueuses dont les sécrétions peuvent contenir du rhodane ou en recevoir des glandes voisines.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**Des vertèbres proéminentes dans le naso-pharynx**, par CARL MAGENAN, de Heidelberg (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Vol. XI, fasc. I, 1900).

Il s'agit de la saillie anormale de l'atlas et de l'axis qui peut aller jusqu'à obstruer partiellement le pharynx nasal. L'auteur a trouvé dans les registres de la polyclinique de Heidelberg, depuis 1891, 28 cas de ce genre, dont 12 ont été observés par lui-même dans l'espace des quatorze derniers mois; il en conclut fort judicieusement que cette disposition, loin d'être rare, comme le feraient croire les données littéraires, sera trouvée fréquente quand on la recherchera systématiquement. Elle passe inaperçue parce que chez l'adulte la proéminence n'entraîne pas de troubles fonctionnels. Zuckerkandl considère la proéminence comme une exagération du tubercule normal de l'atlas; dans un certain nombre d'observations il s'agit de diverses saillies pathologiques, telles d'ecchondroses, exostoses ou lésions inflammatoires. Après avoir examiné un grand nombre de cadavres, l'auteur a trouvé chez quatre d'entre eux, dont deux enfants, des proéminences vertébrales, et l'examen anatomique

des vertèbres lui a montré dans ces 4 cas que la saillie était due au développement considérable du tubercule de l'atlas, de la crête antérieure de l'axis et de la bandelette qui les unit ; de plus, les colonnes cervicales étaient notablement lordosiques et deux d'entre elles latéralement déviées.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**Le catarrhe nasal**, par ORLANDS DOUGLAS (*New-York med. journal*, 2 juin 1900).

Le catarrhe nasal est avant tout une obstruction nasale. Son histoire se rattache à celle de la chirurgie du septum nasal et des cornets. Il faut avant tout chercher et traiter les hypertrophies, les déflexions, les exostoses, les enchondroses.

Les moyens chirurgicaux d'ablation sont plus sains et plus fidèles que les caustiques et même que le galvanocautère. La résistance de la muqueuse nasale à l'infection paraît très grande. On sait qu'elle arrête la plupart des germes de l'air. Ses plaies guérissent très facilement.

A. F. PLICQUE.

**Recherches psychologiques sur l'aproxexie nasale**, par KAFEMANN, de Königsberg (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Vol. X, fasc. III, 1900).

L'auteur, parfaitement habitué au port d'une canule nasale qui ne provoque plus aucune sensation par sa présence même, a fait une série d'expériences sur sa propre activité cérébrale en se mettant alternativement dans deux conditions différentes : la respiration nasale laissée libre à travers le tube, et la respiration nasale partiellement entravée par l'obstruction du tube, mais pas au point de nécessiter la respiration buccale. Les expériences ont été faites au laboratoire psychologique du Prof. Kräpelin, à Heidelberg, suivant les méthodes classiques.

Sans entrer dans les détails, disons que l'activité cérébrale s'est trouvée constamment diminuée par l'obstruction nasale, cette activité étant mesurée par la rapidité de perception, la somme de travail fournie en un espace de temps déterminé, etc. Les recherches dans cette direction demandent à être multipliées.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**Du solérome, en particulier dans la Prusse orientale**, par P. H. GERBER, de Königsberg (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Vol. X, fasc. III, Berlin, 1900).

Dix observations détaillées, dont une seule de rhinosclérome

classique, encore était-il associé au carcinome. Les neuf autres observations présentent les traits communs suivants : 1<sup>o</sup> le nez extérieur était normal dans tous les cas, tandis qu'il est atteint 80 fois sur 87 cas de Walkowitsch ; 2<sup>o</sup> l'intérieur des narines était normal dans 2 cas, dans 3 autres il y avait de l'ozène, dans 4 cas de la rhinite hyperplasique, dans 3 seulement le sclérome typique ; 3<sup>o</sup> dans le nasopharynx, le septum se trouvait élargi et les choanes rétrécies dans tous les 9 cas ; une fois il y avait de plus une forte hypertrophie de l'amygdale pharyngée ; 4<sup>o</sup> dans aucun des cas il n'y avait d'altération du pharynx buccal ; 5<sup>o</sup> dans 3 cas, infiltration diffuse de la muqueuse laryngée avec sténose sus-glottique ; dans 6 cas, sténose sous-glottique, l'une et l'autre associées parfois à de l'ozène trachéal ; 6<sup>o</sup> l'examen histologique et bactériologique a été fait six fois, dont 3 avec résultat positif, 1 cas négatif et 2 où l'examen bactériologique a seul été fait avec résultat positif ; 7<sup>o</sup> 4 cas étaient originaires de la Pologne russe, 5 de la Prusse orientale au voisinage de la frontière.

Le sclérome de cette région est donc évidemment une forme relativement bénigne, atténuée, car ce ne sont pas des cas où la maladie était à son début.

Douze figures.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**100 cas de sclérome**, par BAUROWICZ, de Cracovie (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Vol. X, fasc. III, 1900).

Ce grand nombre de cas de sclérome a été observé à la clinique du Prof. Pieniazek dans l'espace de six ans. L'auteur fait, bien entendu, une revue générale et historique de la question avant de donner ses 100 observations très résumées. Il en résulte que la Galicie entière est infectée par le mal, avec prédominance dans les districts orientaux ; 10 cas viennent d'ailleurs de Russie. Sur 100 cas, le nez était indemne 14 fois et le naso-pharynx 9 fois. Chiffres à comparer à ceux de Gerber ; disons encore que la trachéotomie a été faite dans 31 cas et renvoyons à l'ouvrage même pour les nombreuses données statistiques tirées de ces observations.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**Un cas de sclérome des voies respiratoires**, par THAD. MAJEWSKI de la clinique du Prof. Schrötter (*Monats. f. Ohrenh.*, p. 249, 1900).

L'intérêt de l'observation réside en ce que l'on a pu croire à l'association du sclérome et de la tuberculose, tandis qu'il y a eu,

en réalité, adjonction tardive d'une tuberculose pulmonaire au sclérome des voies supérieures. Deux figures.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**Bacilles tuberculeux dans les fosses nasales de l'homme sain**, par NOBLE JONES (*Med. record.*, 1900, vol. II, p. 283).

L'auteur a repris les recherches bactériologiques de Straus. Il a constaté la fréquence de bacilles tuberculeux virulents dans les fosses nasales de sujets sains, surtout quand ils soignent des tuberculeux. Mais le point curieux est la mort fréquente à la suite des inoculations non seulement par tuberculose, mais par péritonite aiguë, septicémie, congestions pulmonaires.

Le staphylocoque, le tétragène, parfois le streptocoque, sont la principale cause de ces complications.

A. F. PLICQUE.

**Oblitération congénitale des choanes**, par M. BAUROWICZ, de Cracovie (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Vol. XI, fasc. I, 1900).

Un homme de 22 ans se présente à la clinique, parce que l'impossibilité de respirer par le nez l'a fait réformer au conseil de révision.

La membrane obturatrice, osseuse, mais pas résistante, fut facilement enfoncée et ensuite excisée; le malade put aussitôt respirer, et dès le lendemain il perçut quelques odeurs.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**Kystes du cornet moyen**, par M. ALB. SUNDHOLM (*Finska Läkars. Handlingar*, décembre 1900).

Très souvent ces kystes échappent à l'observation, malgré leur fréquence relative, parce qu'ils sont habituellement petits et donnent peu de symptômes. Il en rapporte 3 cas, 2 chez des femmes, 1 chez un homme, et dit n'en avoir trouvé que 2 autres cas chez l'homme, dans toute la littérature. Dans un de ces cas, le kyste avait la forme d'un œuf et mesurait 4 centimètres de long. L'auteur estime qu'il ne s'agit là que de cellules ethmoïdales anormalement développées dans le cornet moyen.

M. LANNOIS.

**Deux cas rares de sarcomes naso-pharyngiens**, par S. RONTALER (*Czas. Lekarski*, n° 7, 1899, in *Arch. f. Ohrenh.* Bd 49, Hft. 1° 1900).

1° Homme de 40 ans, robuste, atteint simultanément d'un sar-

come rhino-pharyngé et d'une tuméfaction leucémique importante des glandes du cou.

2° Malade de 28 ans, porteur d'une tumeur localisée à la cavité naso-pharyngienne et chez lequel les ganglions ne se manifestèrent qu'à la suite d'une récurrence. Dans les 2 cas, il y eut récurrence suivie de mort.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Balle dans la tête, extraite par le nez au bout de vingt mois,**  
par E. WOAKES (*Lancet*, 6 janvier 1900).

Ancien soldat, âgé de 24 ans, vint consulter le 14 juin 1899, pour un écoulement fétide de la narine gauche. Il raconta que le 20 octobre 1897, au cours d'un combat sur les hauteurs de Dargai, il fut frappé par une balle qui pénétra dans le crâne juste au-dessous de l'éminence frontale gauche. Il perdit connaissance, mais fut soigné et guérit rapidement, on sutura la plaie superficielle de l'occiput. Au même moment, il expectora une parcelle de plomb. Le malade entra à l'hôpital où il subit l'ablation de l'œil gauche crevé par la balle. En examinant la fosse nasale gauche, on la trouva presque totalement obstruée par une étroite bande de muqueuse partant de la paroi externe de la cloison qu'on excisa après cocaïnisation. Par l'introduction d'une sonde à l'intérieur du nez, on reconnut l'existence d'un corps dur, en partie mobile, encastré dans du tissu granuleux. Cet examen ayant entraîné une hémorrhagie, on prescrivit des lotions antiseptiques et astringentes en recommandant au malade de revenir la semaine suivante.

Le 21 juin, on introduisit dans la fosse nasale une pince solide et on ramena sans accident un fragment de plomb irrégulier auquel était attaché un débris de casque, le tout recouvert de croûtes et de pus fétides. L'hémorrhagie post-opératoire fut rapidement enrayée par des lavages antiseptiques que le malade fit durant une semaine, au cours de laquelle sortirent plusieurs parcelles osseuses. En plus de l'écoulement, le malade souffrait de céphalalgies qui disparurent par la suite. La balle mesurait un pouce de long, 5/8 de pouce de large et 3/8 de pouce d'épaisseur; elle pesait 343 grammes. Actuellement le malade porte une escharre sur l'éminence frontale. L'œil gauche est détruit, ainsi que les deux tiers antérieurs du cornet inférieur; il reste une petite cicatrice étoilée sur le plancher buccal à gauche de la ligne médiane.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Le nez de chien (henpuye) dans la colonie de la Côte-d'Or, par A. J. CHALMERS (Lancet, 6 janvier 1900).**

Cette hideuse déformation est très répandue dans la colonie de la Côte d'Or et certaines régions de son *Hinterland* et elle frappe tous ceux qui vivent dans cette partie de l'Ouest africain.

On la connaît aussi sur la côte d'Ivoire française sous le nom de *goundu* ou *anakhre*, mais *henpuye* est l'appellation primitive (Appolonian) de cette maladie sur la Côte-d'Or.

Les particularités de cette affection et le peu de notions qu'on possède sur sa nature, ont décidé l'auteur à publier son travail.

Le *henpuye* survient chez les naturels de l'Afrique de l'Ouest au cours ou aussitôt après une crise de *pian*, lorsque la muqueuse nasale est affectée sous forme d'un léger gonflement symétrique osseux des deux côtés du nez. Cette tuméfaction est généralement ovalaire, son axe part de l'os nasal, du processus nasal, du maxillaire supérieur, et aussi, dans certains cas, du maxillaire inférieur. Elle est due à la formation de nouveaux os sous-périostaux, à l'aspect extérieur de ces os et à leur prolifération dans tous les sens. Elle n'attaque jamais la bouche, l'orbite ni le nez, et les fosses nasales sont normales. Il est rare que la tumeur soit asymétrique et siège seulement d'un côté du nez.

Au début, les malades accusent seulement une gêne nasale, plus tard ils ressentent des maux de tête et souffrent de leur tuméfaction lorsque le temps est humide. Quand la tumeur gagne du terrain et s'étend du côté de l'œil, elle entrave la vue, mais l'auteur n'a jamais observé la destruction du globe oculaire. Les tumeurs restent stationnaires ou croissent notablement, jamais on ne les voit s'ulcérer. On distingue plusieurs catégories de cas, d'après leur développement ; quant au traitement, on a échoué avec l'iode de potassium. La seule thérapeutique efficace semble être l'intervention opératoire.

Au point de vue anatomo-pathologique, le périoste est rapidement détruit et on trouve au-dessous une mince couche osseuse semblant un peu rigide. Le reste de la tumeur est constitué par des os détruits. A l'examen microscopique, on reconnaît une ossification de la membrane d'un aspect général de périostite ostéoplasique.

A propos de l'étiologie, on a avancé deux hypothèses ; la tuméfaction serait une affaire de race, ou elle proviendrait de la larve d'un insecte.

Par rapport à la première idée, cette lésion est répandue chez

les Ashantis, les Grunshis, les Fantees, les Ahantas, etc., toutes races fort dissemblables, ce qui rend cette opinion insoutenable. Quant à la présence d'une larve, ce n'est qu'une supposition. D'autre part, on sait que la tumeur apparaît toujours au cours de l'éruption du pian ou immédiatement après. Puis les malades accusent de nouveau des douleurs nasales, et parfois le gonflement est précédé d'un écoulement qu'on peut attribuer à l'irritation ou à l'ulcération de la muqueuse nasale par le pian.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Réflexes adénoïdiens**, par THOMAS (*Rev. de laryng.*, 27 janvier 1900).

L'auteur rapporte l'observation curieuse de deux enfants guéris, l'un d'un hoquet rebelle, l'autre de photophobie intense, par ablation de leurs végétations.

H. RIPAUT.

**Corps étranger (bouton) logé pendant un an dans la fosse nasale, simulant une rhinorrhée scrofuleuse**, par JULIAN ALVAREZ (*Rev. Balear de Ciencia med. in Siglo med.*, 4 mars 1900).

Enfant de 6 ans amenée à l'auteur pour une scrofuleuse nasale diagnostiquée par plusieurs confrères et traitée par l'iode et l'huile de foie de morue.

A l'examen, A. reconnut que l'orifice nasal était rouge et que vers la partie confinant à la lèvre supérieure, il existait un érythème ulcéreux provoqué par l'isse du muco pus des fosses nasales, et il insista pour pratiquer la rhinoscopie à laquelle la mère de la fillette ne voulait pas consentir. Sitôt que le stylet pénétra dans la narine, il rencontra un corps étranger dur et mobile, il recourba immédiatement son instrument afin de saisir le corps du délit, et fit sortir un bouton de guêtre en pâte de porcelaine, couvert de croûtes et de mucosités, qu'il montra à la mère en lui expliquant que là était l'origine de la scrofule de l'enfant. En effet, sous l'influence des soins de propreté, tout écoulement cessa à la suite de l'extraction du corps étranger.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Deux cas de corps étrangers des fosses nasales**, par COSTINIU (*Spi-talul*, n° 9, 1899; in *Arch. de méd. des enfants*, avril 1900).

En janvier 1895. on amène à l'auteur une enfant de 3 ans chez laquelle l'œil gauche larmoie constamment depuis six ou huit jours. Un oculiste appelé diagnostique une dacryocystite. Le père

effrayé la conduit chez Costiniu qui s'aperçoit que la narine gauche est plus développée que la droite. Malgré les soupçons du médecin, le père dit que l'enfant ne s'est rien introduit dans le nez. Après avoir pratiqué la rhinoscopie antérieure, G. retire avec une pince un noyau d'hélianthe de la fosse nasale gauche, qui avait triplé de volume. La dacryocystite et l'irritation oculaire disparurent dès le lendemain.

Le deuxième cas concernait une fillette de 4 ans, amenée à la consultation parce qu'elle ronflait et dormait la bouche ouverte. Pas de végétations adénoïdes, on découvre dans les fosses nasales du pus fétide cachant des fragments caillouteux, profondément implantés. Extraction des corps étrangers suivie de lavages des fosses nasales; rétablissement complet.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Carcinome fongueux du nez**, par KONZERT (*Wissensch. Aerztegesells., in Innsbruck; Wiener klin. Woch.*, 15 février 1900).

Vieillard de 72 ans, porteur, depuis six mois, d'une tumeur qui s'est ulcérée depuis 14 jours. La pointe du nez est occupée par une tumeur grosse comme une noix, ulcérée surtout à droite. Pas de dépôt à la base de l'ulcération, écoulement séro-sanguin, pas de boutons épithéloïdes. La tumeur est de consistance élastique. La peau du dos du nez présente un léger acné rosacé, les veines sont dilatées. Vu l'impossibilité de l'existence d'une gomme, on songea au sarcome ou au cancer. On excisa un fragment du bord ulcéré dont on fit des coupes après durcissement dans la formoline, mais on ne put établir un diagnostic précis et on admit qu'il s'agissait, soit d'un adéno-carcinome, soit d'un sarcome péri-vasculaire.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Vomissements presque incoercibles liés à la rhino-pharyngite et aux végétations adénoïdes**, par BRETON (de Dijon) (*Revue des maladies de l'enfance*, mai 1900).

Histoire intéressante d'un enfant de 5 ans qui présentait des vomissements alimentaires depuis environ un an. Ces vomissements étaient presque quotidiens, s'accompagnaient d'une dilatation stomacale avec dénutrition et dépérissement.

L'enfant était un adénoïdien-type avec rhinite double et adénoïdes énormes. Le traitement général et stomacal ayant été essayé en vain, le cavum fut râclé, le nez soigné et tous les troubles gastro-intestinaux disparurent.

GEORGES LAURENS.

**Traitement opératoire des déviations de la cloison nasale**, par W. B. SHIELDS (*Med. record*, juillet 1899; in *Laryngoscope*, janvier 1900).

Lorsque la cloison est mince et mobile, l'auteur n'est pas d'avis de recourir à l'opération de Asch, la déviation récidivant tôt ou tard; parmi les interventions, il donne la préférence aux procédés de Asch et d'Hajek et surtout le dernier qui met le malade à l'abri des récidives. S. décrit l'opération de Hajek qui se pratique de la même manière que celle de Gleason.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Observations sur l'opération de Asch pour déviation de la cloison cartilagineuse**, par MAX THORNER (*Rev. de laryng.*, 26 mai 1900).

Cette opération est, par sa simplicité et sa rapidité d'exécution, une des meilleures qu'on puisse employer pour redresser la cloison. Ses résultats sont, en général, bons et permanents; peu de cas lui échappent. L'opération doit être faite de préférence sous anesthésie générale et réclame plusieurs instruments spéciaux qui en facilitent l'exécution.

Manuel opératoire et soins doivent être lus dans l'original qui est très clair.

H. RIPAUT.

**Un cas de périchondrite et de périostite aiguë de la cloison nasale, d'origine dentaire**, par KILLIAN (*Munch. med. Woch.*, 1900, p. 155).

Un homme d'une trentaine d'années souffre pendant quelques jours de la deuxième incisive supérieure gauche, qui paraît saine extérieurement; au bout de deux jours, il survient de l'obstruction de la narine gauche, puis une violente céphalalgie naso-frontale avec une fièvre vive, enfin, au septième jour, une grande quantité de pus se mit à couler de la narine gauche. L'auteur examina le malade plusieurs jours après et trouva la muqueuse pituitaire décollée de la cloison à gauche, très tuméfiée et recouverte de pus; il fit une incision depuis le bord de la narine jusqu'au vomer et prolongea cette incision jusqu'à la limite postérieure de la cloison quelques jours plus tard, car le pus s'accumulait encore entre la muqueuse et la cloison; la guérison fut obtenue en quinze jours, sans élimination de séquestres et la cause de cet abcès resta inexpliquée, car la dent qui avait été douloureuse, tenait solidement et n'était pas cariée. Six mois plus tard, cette dent fit en-

core souffrir le patient qui la fit arracher et l'alvéole n'avait pas cessé de suppurer depuis et pendant deux mois ; l'auteur sonda la cavité et trouva ainsi que l'abcès occupait la partie cunéiforme du maxillaire jusqu'au plancher des fosses nasales et qu'il était limité par une membrane ; la gencive fut incisée, la paroi de l'abcès incisée et grattée et la cavité se combla en deux mois. Il s'agissait d'un kyste alvéolaire suppuré.

M. N. WILBOUGHEWITCH.

**Restauration du nez sur une charpente métallique comprise entre deux plans de lambeaux, par BERGER (Académie de médecine, 27 février 1900).**

Je vous présente un homme dont le nez avait été détruit en totalité et n'était plus représenté que par un trou béant.

Après une désinfection minutieuse, j'ai procédé à la restauration de cet organe de la façon suivante : deux lambeaux triangulaires dont la base d'implantation correspondait aux bords latéraux du trou qui représentait l'orifice antérieur des fosses nasales furent disséqués et rabattus de dehors en dedans sur cet orifice, offrant ainsi leur face cutanée en arrière, leur face cruentée en avant, et leurs bords externes venant se juxtaposer sur la ligne médiane où on les réunit par une suture très soignée. Sur la face antérieure cruentée de ces lambeaux, j'appliquai la face cruentée d'un grand lambeau taillé sur le front et dont les bords furent réunis par une suture aux bords de la perte de substance créée par une dissection des lambeaux de la face. Mais, auparavant, j'avais fixé sur l'épine nasale et sur les branches montantes des maxillaires supérieurs les extrémités d'un support en platine.

Ce support était ainsi inclus entre les deux plans de lambeaux dont l'un fermait l'hiatus antérieur des fosses nasales en présentant en avant sa face cruentée et l'autre devait reconstituer les parties molles du nez en tournant en avant sa face recouverte d'épiderme.

Les bords inférieurs de ces deux lambeaux furent suturés aux restes de la sous-cloison et des ailes du nez.

Partout la réunion par première intention fut obtenue ; le support métallique paraît devoir être définitivement toléré et l'on peut considérer comme certain que le nez conservera la forme que celui-ci lui assure.

GEORGES LAURENS.

**Nouveau procédé de rhinoplastie, par NÉLATON (Société de chirurgie, 13 juin 1900).**

M. Nélaton a montré un malade auquel il a refait un squelette osseux du nez.

Le procédé employé consiste à tailler un lambeau cutané pris sur le front, à tailler avec la scie deux lamelles osseuses, prises aux maxillaires, destinés à former la charpente osseuse que recouvrira le lambeau cutané. Un petit lambeau ostéo-périostique, emprunté au frontal, sera transplanté à la racine du nez pour atténuer la concavité de cette région. Le malade opéré par ce procédé présente un nez à la Roxelane, qui lui permet de se moucher et qui n'a pas un vilain aspect.

GEORGES LAURENS.

**Plastique nasale**, par F. KRAUSE (Soc. de méd. d'Altona; in *Münch med. Woch.*, 30 janvier 1900).

Malade de 55 ans ayant subi, huit jours auparavant, l'ablation de la moitié du nez pour un cancroïde; pour la plastique, on emprunta un lambeau cutané du front.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**De l'emploi de l'ouvre-nez dans le cas de gêne de la respiration nasale**, par W. ROTH (*Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte*, 1900, p. 370).

Le petit instrument de M. Schmidt, destiné à combattre l'aspiration des ailes du nez, est loin d'être employé autant qu'il le devrait; la raison en est surtout dans le fait que les praticiens ne se préoccupent pas assez de l'état de la respiration nasale et ne traitent que les cas d'obstruction grave; cependant, la gêne respiratoire est très fréquente; les ailes du nez sont flasques et aspirées chez les gens amaigris, chez ceux aussi auxquels manquent les incisives supérieures, ce qui cause l'affaissement du vestibule du nez; d'autre part, dans un nez étroit, l'inspiration d'effort amène une raréfaction de l'air dans les voies aériennes et, par suite, une congestion du tissu érectile des cornets en premier lieu; c'est ainsi que le séjour dans les montagnes, que l'on conseille par routine aux personnes qui se plaignent du manque d'air, peut arriver à ne leur faire que du mal.

L'ouvre-nez de Schmidt, transformé un peu par l'auteur, tient fort bien et rend les plus grands services, en évitant le plus souvent au porteur des interventions intranasales plus ou moins pénibles et importantes.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**La respiration imparfaite due aux végétations adénoïdes**, par M. KEOWN (de Manchester) (*Med. record.*, 1900, vol. II, p. 353).

Les troubles produits par les végétations adénoïdes sont généralement attribués à l'obstacle mécanique qu'elles apportent au

passage de l'air et à la respiration imparfaite. L'hématose serait, par suite, insuffisante.

Keown fait à cette théorie une série d'objections : 1° les végétations très petites, insuffisantes pour faire obstacle mécanique entraînent parfois des accidents très sérieux ; 2° la bouche largement ouverte doit suppléer l'obstacle au passage de l'air par les fosses nasales ; 3° les symptômes disparaissent souvent aussitôt après l'ablation.

Keown regarde, par suite, les accidents comme étant d'origine réflexe et non mécanique. En tenant compte des rapports entre les végétations et le sinus sphénoïdal, le mal de tête, en particulier, ne s'explique-t-il pas mieux par trouble réflexe que par un vice de l'hématose.

A. F. PLICQUE.

**Electricité dans les affections du nez, de la gorge et de l'oreille,** par W. SCHEPPEGRELL (*Journ. amer. med. ass.*, 3 février ; in *Laryngoscope*, avril 1900).

Les principaux usages de l'électricité dans les maladies du nez, de la gorge et de l'oreille, sont : 1° l'éclairage ; 2° la cautérisation ; 3° l'action sur les modifications vasculaires de la muqueuse nasale ; 4° la cataphorèse après cocaïnisation ; 5° l'électrolyse pour le traitement des tumeurs fibreuses du nez et de la gorge ; 6° les interventions opératoires mécaniques ; 7° le diagnostic et le traitement des lésions du nerf auditif. La galvanisation et l'électrolyse cuprique ont une grande valeur dans les cas de rhinite atrophique. Lorsque la muqueuse nasale est congestionnée, des applications galvaniques douces stimulent la circulation par leurs effets toniques sur les nerfs vaso-moteurs.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**L'étiologie et le traitement opératoire radical de l'ozène dit primitif,** par NOEBEL et LÖHNBERG (*Berlin. klin. Woch.*, 1900, p. 234).

Il est temps d'en finir avec l'ancienne théorie de l'ozène primitif soutenue par tant de spécialistes sur la foi de quelques auteurs célèbres ; pour démontrer que l'ozène ne provient pas d'un foyer de suppuration, on s'appuie sur des autopsies qui sont en tout au nombre de seize ; dans un cas il y avait atrophie sans ozène, dans 14 cas, il y avait nettement des suppurations des sinus ; dans les 5 derniers cas, tous les sinus n'ont pas été examinés et l'on n'est pas renseigné sur d'autres « foyers » qui causent fréquemment

l'ozène ; rien aussi de contradictoire comme l'anatomie pathologique et l'étiologie de l'ozène « primitif ». Grünwald, en combattant cette théorie classique pour la remplacer par celle des foyers, est rentré dans la clinique, dans la saine observation. Les auteurs ont examiné 111 cas de suppurations nasales, en ne comprenant pas dans ce nombre les blennorrhées dues à la syphilis, aux végétations, aux hématomes de la cloison, etc. ; ce chiffre de cent-onze suppurations répond à un nombre total de 1019 malades de la clinique et se décompose en six empyèmes du sinus frontal, trente-neuf empyèmes de l'antre d'Highmore, dix suppurations de l'ethmoïde et vingt-quatre du sphénoïde ; les 25 cas restants n'ont pas été suffisamment examinés et l'on ne peut affirmer ni la présence ni l'absence de foyers purulents ; la fétidité, l'atrophie et les croûtes existaient dans un certain nombre de ces observations que l'on ne peut plus loger sous l'enseigne d'ozène spontanée. Lorsqu'à côté de cette statistique on voit celle des cliniques de Königsberg, par exemple, où, sur 5071 malades spéciaux, on compte dix-sept suppurations en foyer et 446 ozènes spontanées on ne peut en conclure qu'une chose, c'est que les idées préconçues sur l'ozène empêchent de rechercher avec suffisamment de soin les lésions en foyer.

On dit souvent que l'ozène est héréditaire ; les auteurs ont rencontré trois fois des ozéneux dans la même famille : mère et fils, frère et sœur, deux sœurs ; eh bien, chacune de ces six personnes était atteinte d'empyème bilatéral de l'antre d'Highmore et trois de ces malades, ayant été opérés, ont complètement guéri. L'ozène est aussi considéré comme l'apanage des scrofuleux ; la conviction des auteurs est que cette scrofule, qui s'exprime par les adénopathies, les grosses lèvres, le facies bouffi, etc., est la conséquence de l'ozène, c'est-à-dire de la suppuration nasale, au même titre que la scrofule est une conséquence des végétations adénoïdes ; le traitement radical de ces maladies ne laissera pas subsister grand'chose de la fameuse scrofule.

La fétidité horrible de l'ozène n'est point propre aux tissus du nez malade, elle réside tout entière dans le pus qui, stagnant, accessible à l'air et aux saprophytes, devient pour ces derniers un bon terrain de culture.

La conclusion thérapeutique qui s'impose est donc celle-ci : le traitement de l'ozène se confond avec celui des suppurations nasales, il ne sera radical que lorsque le foyer de suppuration aura été dépisté.

Les sinus maxillaires, frontaux et ethmoïdaux étant trépanés

couramment, les auteurs ne parlent que de leur manière de trépaner les sinus sphénoïdaux, plus difficilement accessibles. On commence par anesthésier la muqueuse avec de la cocaïne à 20 % ; puis on dégage la paroi antérieure du sinus sphénoïdal en enlevant la moitié postérieure du cornet moyen : un coup de ciseaux recourbés sur le plat à gauche pour couper en travers le cornet droit, un autre coup de ciseaux recourbés sur la tranche par en bas pour séparer la moitié postérieure du cornet de la cloison. On tamponne pour arrêter l'hémorrhagie et on remet le second temps opératoire à quelques jours lorsqu'on n'a pas fait d'anesthésie générale. Dans un deuxième temps on recherche l'ouverture du sinus sphénoïdal et on l'agrandit dans tous les sens à l'aide de petites pinces et cuillères tranchantes jusqu'à ne laisser subsister que la partie qui supporte le vomer ; il faudra, bien entendu, ne pas oublier le voisinage de la carotide, du nerf optique et du cerveau. On tamponne avec de la gaze iodoformée après avoir au besoin cureté la cavité et le traitement consécutif consiste en applications locales astringentes ou autres, comme pour toute muqueuse malade. La fétidité et le mal de tête ayant disparu immédiatement, les patients sont toujours dociles et persévèrent dans ce traitement plus ou moins long suivant les cas.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**Poudre contre l'ozène** (*Med. record.*, 8 sept. 1900.)

Dans l'ozène dû à la rhinite atrophique, les insufflations suivantes, faites après une série de lavages : 1° avec une solution alcaline ; 2° avec l'eau oxygénée ; 3° avec une solution alcaline, seraient très efficaces.

Acide citrique . . . . .	15 gr.
Sucre de lait . . . . .	5 gr.

A. F. PLICQUE.

**Fracture de la fosse crânienne antérieure avec rhinorrhée cérébro-spinale**, par F. C. LARKIN (*Liverpool med. clin. journ.*, juillet 1900 ; in *Laryngoscope*, juin 1901).

Malade de 24 ans, apporté sans connaissance à l'hôpital après une chute de bicyclette. Il revint à lui le lendemain et quitta l'hôpital au bout de trois jours. On avait remarqué qu'il rendait de l'eau en abondance par les narines. Cet écoulement se poursuivait sans interruption pendant six semaines. Au bout de ce temps, il

s'arrêta brusquement et fit place à une céphalée frontale. Huit mois après l'accident, le malade contracta l'influenza et succomba en quelques jours à des complications intra-crâniennes.

A l'autopsie, on trouva une méningite suppurée et un vaste abcès de la région frontale supérieure gauche. L'examen de la base du crâne révéla la présence d'une ancienne fracture de la région fronto sphénoïdale, en communication avec l'antre d'Highmore gauche, puis avec le nez sans orifice intra-nasal.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Kystes séreux de la cloison du nez**, par G. WARD (*The therapeutic Gazette*, septembre 1901).

Un enfant de 9 ans tombe sur le nez mais ne paraît avoir qu'un peu d'épistaxis avec des écorchures externes. Les deux nuits il ne repose pas, respire mal, se réveille en sursaut, etc. Amené au Dr Ward, celui-ci constate que les deux narines sont totalement obstruées, surtout la gauche, par un gonflement symétrique de la cloison. Deux jours plus tard, il fait une ponction avec la seringue de Pravaz et retire du liquide clair, un peu jaune : les deux kystes ne communiquent pas ensemble. Les jours suivants, le liquide se reproduisant, il ouvre au bistouri à la partie déclive et fait un tamponnement renouvelé tous les jours. Guérison en dix jours.

L'auteur insiste sur la rareté de ces kystes séreux d'emblée : le plus souvent ils sont précédés par la formation d'un kyste hémorrhagique dont les globules et les pigments finissent par se résorber.

M. LANNOIS.

**De la transformation muqueuse de l'épithélium des canaux excréteurs des glandes de la muqueuse nasale**, par HERM. CORDES, de Berlin (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Vol. X, fasc. I, p. 23, 1900).

Zarniko, en 1894, Bönninghaus, plus tard, ont donné une description parfaite de certains amas cellulaires en forme de boutons de fleur que l'on trouve dans l'épithélium de la muqueuse nasale hypertrophiée. Mais B. les considère comme étant des glandes indépendantes, glandes à mucus dont le fond est représenté sur les coupes par un groupe de cellules réunies en forme de bouton, le canal excréteur étant en général séparé du corps de la glande.

L'auteur fait observer que cette manière de voir ne cadre nullement avec l'anatomie normale et pathologique des muqueuses, il

n'y a pas de glandes à mucus dans l'épithélium ; en effet, ces boutons épithéliaux sont non pas les glandes elles-mêmes, mais les canaux excréteurs des glandes ordinaires logées dans la sous-muqueuse. L'auteur donne une série de très belles coupes sur lesquelles il est facile de voir la continuité de ces boutons avec les canaux et les corps des glandes ; l'épithélium des canaux est altéré, transformé en cellules caliciformes, cellules à mucus au niveau de l'embouchure des canaux ; les canaux étant le plus généralement obliques, il se trouve que les coupes de l'épithélium contiennent très souvent une section de l'embouchure séparée du reste, d'où l'aspect de formation épithéliale indépendante.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**Onze cas d'empyème chronique de l'antre d'Highmore guéris par le traitement et par le méat inférieur, suivant la méthode de H. Krause-Friedlaender, par WARNECKE de Berlin (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Vol. X, fasc. 2, 1900).**

Les onze observations inédites proviennent de la clinique du Prof. Lucae. La durée indéfinie du traitement de l'empyème opéré par la fosse canine, les résultats médiocres donnés par l'ouverture à travers l'alvéole avec lavages faits par le patient lui-même, ont poussé l'auteur à recourir au procédé Krause-Friedlaender, à la ponction du sinus par le méat nasal inférieur à l'aide d'un trocart ; l'auteur se sert actuellement toujours du conducteur mousse qui fait éviter des petites blessures dans le voisinage. Après la ponction on fait un lavage, puis l'assèchement à l'aide d'insufflation d'air, enfin une insufflation abondante d'iodoforme en poudre. Un second lavage est parfois nécessaire le lendemain ; en général le traitement sec suffit et la cure dure en moyenne vingt-cinq jours. C'est donc une excellente méthode quand on l'applique à des cas appropriés ; elle donnerait des mécomptes certains quand le sinus contient des masses compactes, des sequestres, etc, qui demandent à être extraits.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**L'origine de la mucocèle non traumatique du sinus frontal, par G. AVELLIS, de Francfort (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Vol. XI, fasc. 1, 1900).**

OBSERVATION. — Une fillette de 12 ans présente depuis deux ans une tuméfaction indolente et non inflammatoire dans l'angle de l'œil droit ; un médecin incisa cette tumeur qui donna lieu à

'écoulement d'une grande quantité de mucus épais, suivi d'une sécrétion muqueuse interminable. L'auteur vit l'enfant à ce moment, enleva la tête du cornet moyen et trépana le plancher ethmoïdal; la guérison de la plaie extérieure fut alors obtenue en peu de semaines. Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est le fait que le revêtement de la cavité ouverte primitivement ne présentait nullement l'aspect de la muqueuse d'un sinus frontal sain ou malade, mais bien celui de la membrane qui tapisse les kystes osseux du cornet moyen ou de l'ethmoïde; dans le cas présent il doit s'agir d'un kyste formé dans une cloison ethmoïdale et dilaté au point de refouler la paroi du sinus frontal; c'est pourquoi il n'y avait aucune séparation entre ce qui semblait être le sinus frontal et la cellule ethmoïdale trépanée et c'est pourquoi le revêtement se présentait sous l'aspect d'une membrane lisse, grise, vasculaire. De là aussi la longue durée de l'affection, la présence de cristaux de cholestéarine. Ainsi donc la *mucocele non traumatique du sinus frontal* n'est pas une affection de sinus, mais une dégénérescence kystique du labyrinthe ethmoïdal antérieur.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**Un moyen adjuvant pour le cathétérisme du sinus frontal**, par STRUYCKEN, de Bréda (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Vol. XI, fasc. 1, 1900).

Pour se rendre compte si la sonde a pénétré dans le sinus l'auteur propose de magnétiser le bout de la sonde en acier nickelé; elle fait alors dévier à travers l'épaisseur de la lame frontale une aiguille de compas dont la position indiquera exactement la situation des deux pôles, c'est-à-dire la direction de la sonde introduite.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**Remarques sur le cathétérisme du sinus frontal**, par GLATZEL, de Berlin (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Vol. XI, fasc. 1, 1900).

L'auteur énumère les divers moyens de s'assurer de la pénétration de la sonde dans le sinus; il a essayé la sonde magnétisée de Struycken qui ne lui a pas donné de résultats satisfaisants; il fait observer entre autre qu'on est souvent obligé de recourber le bout de la sonde et que dans ce cas la direction de l'aiguille ne donne plus d'indications précises; le moyen le plus sûr consiste dans la photographie Röntgen.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

## III. — LARYNX ET TRACHÉE

**Traitement des papillomes du pharynx chez l'enfant**, par BOULAY  
(*Archives de médecine des enfants*, mai 1900).

L'auteur passe en revue les trois méthodes chirurgicales principales :

1° L'extraction par les voies naturelles, qui ne doit être faite que sous le contrôle de la vue et sous l'anesthésie cocaïnique. Impossible chez le nourrisson, très difficile entre quatre et dix ans, praticable au-dessus de dix ans.

2° La trachéotomie, en cas de phénomènes dyspnéiques intenses. Elle peut être suivie de disparition spontanée des papillomes.

3° La thyrotomie, qui permet l'ablation de toutes les masses papillomateuses visibles à l'œil nu, mais n'assure pas absolument la cure radicale.

A la suite d'une observation détaillée où B. eut l'occasion d'employer successivement les trois méthodes, l'auteur conclut ainsi sur la conduite à tenir en présence de papillomes laryngés chez un enfant : Tenter d'abord l'extraction par les voies naturelles.

En cas d'échec :

a) S'il n'y a pas de gêne respiratoire, attendre que les papillomes disparaissent spontanément ou qu'avec l'âge, l'opération par les voies naturelles devienne possible.

b) S'il y a dyspnée, faire la trachéotomie et attendre.

α) Les papillomes disparaissent.

β) Les papillomes restent stationnaires ou augmentent de volume : essayer de nouveau l'ablation par les voies naturelles :

En cas d'échec, thyrotomie.

L. EGGER.

**Trachéocèle**, par J. PARK WEST (*Arch. of pediatrics*, août 1899, in *Archives de Médecine des Enfants*, février 1900).

Enfant de 20 mois, issu d'une famille saine. A l'âge de 13 mois, on remarqua de temps à autre un gonflement d'un quart de pouce de diamètre un peu à gauche et juste au-dessous du larynx. Actuellement, la tumeur est permanente. Au cours des deux derniers mois, elle a beaucoup grossi, elle atteint maintenant le volume d'un œuf de poule, occupe le côté gauche et antérieur du cou, au-dessus de la clavicule, indépendante de la trachée et du larynx. Mollesse, absence de fluctuation et de crépita-

tion, sensation aérienne quand l'enfant est tranquille, tendue quand il crie. La pression fait disparaître les trois quarts de la tumeur, mais elle reprend son volume quand la pression a cessé. Dans les mouvements ordinaires de la respiration, la tumeur ne bouge pas et rien n'indique une connexion avec l'appareil respiratoire. Dans les aspirations fortes, prolongées, lorsque l'enfant crie, elle augmente du double et semble lobulée. Son tympanique à la percussion, rien à l'auscultation. L'enfant n'est nullement gêné dans ses mouvements, ni pour respirer, ni pour avaler.

Les cas authentiques de trachéocèle sont rares. Ces tumeurs gazeuses du cou peuvent s'observer à la suite de traumatismes ou survenir spontanément. Il est évident que l'air passe d'une partie des voies aériennes dans le tissu cellulaire ; la source de la tumeur peut être dans le larynx, la trachée ou les bronches. L'air s'enkyste dans une sorte de membrane adventice qui prévient l'emphysème sous-cutané.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Lésions hérédosyphilitiques du larynx**, par HAUSHALTER (*Société de médecine de Nancy*, 28 février 1900).

H... présente une fillette de 7 ans, qui porte au niveau du tibia gauche et du cubitus gauche une hyperostose limitée qui paraît se rapporter à l'hérédosyphilis. Depuis plusieurs mois, elle est atteinte de toux rauque, aboyante ; l'inspiration au moment des efforts est bruyante et s'accompagne de tirage sus-sternal. Il existe évidemment un certain degré de sténose laryngée.

L'examen laryngoscopique a montré l'existence sur la corde vocale droite d'une élévation blanchâtre surmontée d'une érosion ; la corde vocale gauche est immobile et flottante, probablement par suite d'arthrite crico-aryténoïdienne et de périchondrite ; la paroi postérieure du larynx est œdématisée.

Il s'agit là, d'après l'auteur, d'une localisation très rare de la syphilis héréditaire.

GEORGES LAURENS.

**Pronostic et traitement opératoire du cancer laryngien**, par SCHUCHARDT (*Wissens. Verein d. Aerzte zu Stettin* ; in *Berl. klin. Woch.*, 8 janvier 1900).

S... présente un malade auquel huit semaines auparavant il a retiré tout le larynx, l'épiglotte, plusieurs anneaux de la trachée et des ganglions cancéreux de la moitié droite du cou, puis quatre semaines plus tard une récidive des glandes lymphatiques de la même région. Le malade avale bien, n'a pas de fistule pharyngienne et porte un larynx artificiel de Gluck.

Agé de 50 ans et exerçant la profession d'agent de police, le malade attribue l'origine de son affection à un verre de bière avalé précipitamment trois ans auparavant, étant en transpiration. Le lendemain il devint aphone. Depuis quatre mois, il a des troubles respiratoires auxquels vint s'ajouter deux mois après une gêne de la déglutition. Le premier examen laryngoscopique fut pratiqué il y a deux mois et le malade entra à l'hôpital de Stettin où il fut trachéotomisé pour une violente dyspnée, le 5 août 1889. Ultérieurement on reconnut au laryngoscope une tuméfaction prononcée de l'orifice laryngien et une tumeur, grosse comme un noyau d'amande, sise dans la fente glottique et provenant de la moitié droite du larynx. L'examen des fragments excisés démontra qu'on avait affaire à un cancer épithélial pavimenteux. Après antisepsie soignée du nez et de la bouche, on incise, le 11 septembre, la ligne médiane de l'os hyoïde jusqu'à la plaie trachéale. On fend avec le bistouri le cartilage thyroïde et on découvre le larynx rempli de masses, carcinomateuses d'un gris blanchâtre, qui font décider l'abrasion totale immédiate, ainsi que celle des ganglions occupant le côté droit du cou. Suture au catgut de la muqueuse bucco-pharyngienne, puis réunion avec des fils de soie des muscles du plancher de la plaie. Enfin extirpation de plusieurs anneaux trachéaux et suture de la trachée à la plaie. Après l'opération, on retire la canule tampon de Hahn ; l'anesthésie avait duré une heure trente-cinq minutes avec 165 grammes de chloroforme. Pendant vingt-quatre heures, le malade ne porta pas de canule, puis comme il se plaignait de manquer d'air, on lui en introduisit une ordinaire en argent. La déglutition se rétablit assez rapidement.

Tandis que la plaie se cicatrisait sans fistule, on vit apparaître une récurrence glandulaire de la région droite du cou qui nécessita une nouvelle intervention très étendue le 4 octobre. Il fallut pratiquer l'ablation presque totale d'une tumeur envahissant le sternocléido-mastoïdien ainsi que des parties molles sises sous le maxillaire inférieur droit et des glandes sous maxillaires et cervicales hypertrophiées.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Laryngofissure et extirpation de l'aryténoïde droit**, par E. URU-  
NUELA (*Rev. de med. y cir. Pract.*, n° 612, 1899, in *Arch. latinos de rin. lar. otol.*, janvier-février 1900).

Malade de 58 à 60 ans, amaigri, dysphonique, toussant. Il souffre depuis longtemps d'un catarrhe et la raucité remonte à huit mois.

Au laryngoscope, on remarque une tumeur de la dimension d'une amande, rouge, grisâtre, inégale, implantée sur la corde vocale droite jusqu'à l'aryténoïde. Catarrhe pulmonaire ancien. Pas d'infarctus ganglionnaire.

U... diagnostiqua un épithélioma laryngien et pratiqua l'opération. Il incisa rapidement la ligne médiane du cou, depuis l'os hyoïde jusqu'à la fossette sus-sternale; sous-anesthésie par une pulvérisation de cocaïne à 10 %; l'auteur disséqua toute la région laryngo-trachéale, découvrant les membranes thyro-hyoïdienne, crico-thyroïdienne et les anneaux de la trachée, puis il sectionna au bistouri les deuxième, troisième et quatrième anneaux trachéaux et inséra une canule de Trendelenburg.

Ensuite, sous le chloroforme, U... ouvrit une boutonnière dans la membrane crico-thyroïdienne, puis après avoir découvert le larynx, il sépara par des tractions les deux lames cartilagineuses. La tumeur n'était pas très adhérente. Cocainisation de la cavité laryngée pour abolir les réflexes; on tamponna avec de la gaze l'anneau cricoidien pour empêcher la pénétration du sang dans les voies aériennes, puis on plaça une éponge dans la partie supérieure du larynx afin d'éviter la chute de la salive.

U... détacha la tumeur et extirpa l'aryténoïde pour prévenir la récurrence; il cautérisa les points d'implantation de la tumeur et sutura les deux lames thyroïdes, puis les muscles, l'aponévrose et la peau.

A l'examen histologique, on reconnut qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux. Le malade semblait parfaitement guéri lorsqu'au bout de vingt-quatre jours il contracta une broncho-pneumonie infectieuse qui l'emporta en trois jours.

L'autopsie démontra la cicatrisation parfaite de l'épithélioma.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Trois opérations laryngiennes**, par F. KRAUSE (*Soc. méd. d'Altona*, in *Munch. med. Woch.*, 30 janvier 1900).

1. *Laryngofissure*. — Enfant de 12 ans, souffrant depuis deux ans d'un enrouement progressif et de troubles respiratoires. Au laryngoscope on découvre un papillome originaire de la base de l'épiglotte et obstruant presque complètement l'orifice laryngien; quand le malade tousse, on distingue encore plusieurs tumeurs offrant le même aspect au fond du larynx. Après la laryngofissure pratiquée à l'aide de la canule tampon de Michael et l'ablation de nombreux papillomes envahissant la muqueuse laryngienne et la

corde vocale gauche, on cautérisa au Paquelin leurs points d'implantation. La plaie a guéri, l'aphonie et la dyspnée ont disparu, il subsiste seulement une légère raucité.

II. *Extirpation de la moitié gauche du larynx et de la paroi antérieure de l'œsophage, suivie de plastique.* — Homme de 58 ans ayant subi l'année précédente l'ablation d'une tumeur originaire des glandes lymphatiques du cou, mais n'attaquant pas le larynx ni l'œsophage. A l'examen microscopique, on reconnut un endothélium. Au bout d'un an, récurrence locale avec lésions de la moitié gauche du larynx et de la paroi œsophagienne antérieure. Il fallut enlever la plus grande partie de l'épiglotte, toute la moitié gauche et une petite portion du côté droit du larynx, ainsi que la paroi antérieure de l'œsophage jusqu'à la hauteur de la trachée. L'examen histologique révéla de nouveau un endothélium. La lacune œsophagienne fut comblée par un lambeau cutané, pédiculé, pris à la région thoracique supérieure. Actuellement, le malade boit et mange aisément.

III. *Extirpation totale du larynx.* — Malade de 60 ans ayant subi, pour un carcinome branchiogène envahissant le larynx et l'œsophage, l'extraction du larynx entier, d'une partie de l'os lingual, et de l'œsophage, de la jugulaire interne droite et de la carotide externe. La trachée fut attirée en avant et suturée à la peau du thorax afin d'empêcher l'écoulement du pus dans la trachée.

Le résultat a été satisfaisant, le malade a augmenté de quinze livres ; pour rétablir la phonation, on aura recours à un appareil de Gluck.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Irrégularité de forme du palais en rapport avec un fonctionnement défectueux des cordes vocales**, par E. N. MALIOUTINE (*Wratch.*, 1900, n° 14, p. 425).

L'auteur a, dans des travaux antérieurs, attiré l'attention sur les relations entre la qualité de la voix chez les chanteurs et la forme du palais osseux, et ces travaux ont été confirmés par Dauriger. Mais en dehors des chanteurs, M... a maintes fois observé des personnes obligées de parler beaucoup et qui se fatiguent très rapidement, cet état de faiblesse de la voix dépendant d'un défaut de profondeur du palais ; M... cite l'exemple d'un avocat dont le palais était plat comme une soucoupe et qui s'enroue après tout discours un peu long ; le timbre de la voix est étouffé.

Dans un autre cas, il s'agit d'un homme de 28 ans, qui a une voix

anormale, voix de fausset depuis l'âge de 15 ans ; la corde vocale gauche paraît un peu parétique et les mouvements des deux cordes sont lents ; l'électrisation n'a donné aucun résultat ; l'exercice de la voix a appris au patient à émettre des sons graves et il arrive à parler d'une voix de basse lorsqu'il est calme et pendant peu de temps ; son palais est d'une forme absolument exceptionnelle, de longueur normale, il n'est large que de 2 centimètres entre les molaires postérieures, la hauteur du palais étant de 22 millimètres, si bien que le palais est transformé en conduit étroit et profond ; ce résonnateur ne répond aucunement à l'instrument vocal de l'homme et convient mieux aux vibrations de cordes vocales plus courtes ; aussi les sons graves nécessitent-ils un effort continu. M. se propose d'exercer la voix dans le registre de basse à l'aide d'un palais artificiel convenable, qui pourra être supprimé quand la voix sera devenue suffisamment vigoureuse.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**Les rayons X en laryngologie**, par W. WARREN (*Med. Age*, 25 octobre 1899, in *Laryngoscope*, mars 1900).

La découverte de Röntgen a peu profité à la laryngologie. Elle sert seulement à localiser le siège des corps étrangers, à déterminer la période d'ossification des cartilages du larynx, à diagnostiquer les tumeurs intra-thoraciques et à reconnaître précocement la tuberculose pulmonaire.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Laryngectomie**, par G. T. HANKINS (*Austral. med. Gaz.*, 20 janvier in *Laryngoscope*, avril 1900).

Malade de 42 ans, enrôlé et parfois aphone, éprouvant parfois une sensation de tuméfaction dans la gorge en avalant, mais souffrant peu. Il arriva six fois que la tuméfaction s'ouvrit et déversa du pus. Glandes tuméfiées au-dessous de l'angle maxillaire, pas de spécificité. Aucune déformation externe, au voisinage du larynx qui est entièrement mobile.

Au laryngoscope on voit une masse mesurant un pouce sur 3/4 de pouce dans la fosse hyoïdienne gauche, repoussant l'épiglotte en travers de la ligne médiane et masquant la corde vocale gauche et la plus grande partie de la corde droite. Pendant trois semaines, le malade absorba de fortes doses d'iodure, puis on se décida à l'opérer après avoir reconnu qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Trachéotomie préliminaire avec insertion d'un tampon de Semmon. Incision au-dessus et parallèlement à la grande corne de

l'os hyoïde pour découvrir la tumeur, puis incision sous-hyoïdienne transversale séparant l'épiglotte de la langue et de l'os hyoïde, rejointe par une incision verticale aboutissant à environ un demi pouce de la plaie trachéale. Le périchondre et les parties molles sont détachés de l'aile gauche du cartilage thyroïde fendu au milieu, les aryténoïdes sont séparés du cricoïde et la moitié du larynx excisée avec l'épiglotte. Suture de la muqueuse pour circonscrire le champ opératoire et tamponnement à la gaze iodoformée de la portion supérieure de la trachée. Au bout de onze jours on retire la canule et le pansement trachéal et le malade peut s'exprimer par un chuchotement. Guérison complète.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**De la pseudo-voix après l'extirpation totale du larynx**, par GOTTS-TEIN (*Arch. f. klin. Chirurgie.*, vol. LXII, fasc. 4, p. 1900).

L'extirpation totale du larynx cancéreux a été pratiquée par le Prof. Mukulicz chez un homme de 47 ans d'après la méthode de Gluck, c'est-à-dire avec suture circulaire de la trachée dans la plaie et alimentation au moyen d'une sonde passant par le nez. La guérison fut des plus simples, l'opéré était levé dès le lendemain, la cicatrisation était parfaite au bout de quinze jours, mais on laissa la sonde durant un mois par excès de précautions. Il s'agissait encore de rendre la parole possible ou du moins plus intelligible; à cet effet, on construisit un appareil qui relie au moyen d'un tuyau extérieur flexible l'orifice trachéal à la cavité buccale; dans ce tuyau se trouve une « voix artificielle » mise en mouvement par la colonne d'air expirée par la trachée et sortant par la bouche; le patient parla bientôt d'une voix haute et distincte, quoique un peu monotone, si bien qu'il put reprendre son service au chemin de fer. Mais loin de se résigner au port de cet appareil en somme gênant, l'opéré s'exerça à parler sans son secours et arriva finalement, aidé des conseils de l'auteur, à prononcer normalement, à chanter à haute voix dans l'étendue d'une octave et à mettre l'instrument au rancart. L'étude attentive de ce cas a montré que le son était produit au niveau d'un reste d'épiglotte avec l'aide des replis glosso-épiglottiques et autres bandes musculaires; l'air est fourni à cet instrument vocal par une poche cervicale qui s'est formée à la place occupée avant par le larynx; on voit le cou se gonfler avant l'émission des sons et s'affaisser durant la phonation qui est interrompue pour une nouvelle reprise d'air. L'auteur donne plusieurs figures et des graphiques de pressions qui étudient dans tous ses détails ce cas extraordinaire.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

## IV. — BOUCHE ET PHARYNX

**Angine de Vincent guérie en trois jours par des applications de bleu de méthylène**, par M. CHAUFFARD (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpit. de Paris*, 2 janvier 1902, p. 1375).

Femme de 24 ans, sujette depuis dix ans à des angines légères. Le 8 décembre, la gorge devient douloureuse. Malgré l'emploi de gargarismes, l'angine va en augmentant jusqu'au 24 décembre ; à cette date, une ulcération de l'amygdale droite fait immédiatement porter à M. Chauffard le diagnostic d'angine de Vincent, d'ailleurs contrôlé par l'examen bactériologique. Dysphagie, fièvre, mauvais état général, polyadénopathie sous-maxillaire. Deux applications de bleu de méthylène pur sont faites deux jours de suite sur l'ulcération. Le 26 décembre, la fièvre, la douleur, l'adénopathie ont disparu ; on fait une troisième application de poudre, et le 27, la guérison est complète.

Les applications de bleu de méthylène sont très bien supportées ; elles ne provoquent qu'une sensation de brûlure modérée qui dure quelques minutes.

L'effet de ce traitement, découvert par Siredey et Mantoux, est tellement rapide, que, dans les cas fréquents où l'angine de Vincent simule le chancre de l'amygdale, l'application de bleu de méthylène devient un signe de différenciation aussi précieux que l'examen bactériologique : il en est une rapide et précieuse contre-épreuve.

Dans la discussion qui suit cette communication, M. Simonin fait remarquer la fréquence de l'angine de Vincent chez les Normands et les Savoyards : ce qui tient à la dentition défectueuse de ces deux races, qui consomment du cidre, agent si actif des caries dentaires. Or, on sait quelle est la fréquence du fuso-bacille et du spirille au voisinage des dents cariées ; ces germes y sont toujours présents, prêts à envahir la muqueuse buccale ou les amygdales.

M. LERMOYER.

**Deux cas de fistule cervicale congénitale complète**, par GUGENHEIM, de Nuremberg (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Vol. X, fasc. 3).

Obs. I. — Homme de 48 ans, porteur d'une fistule congénitale, dit avoir le sentiment d'un liquide qui arrive dans la bouche quand il appuie fortement sur le trajet de la fistule — on la suppose donc complète. L'orifice extérieur, grand de 1/2 millimètre se trouve

sur le bord du muscle sterno-mastoidien gauche, à mi-chemin entre l'angle de la mâchoire et le bord supérieur du cartilage thyroïde.

Une sonde pénètre à 7 cent.  $\frac{3}{4}$ , et il est impossible de la faire sortir dans le pharynx, mais une injection de lait vient sourdre entre l'amygdale gauche et le pilier postérieur du voile du palais, quoiqu'on n'y découvre point d'ouverture.

Obs. II. — Homme de 21 ans, frère du précédent, ne se connaissait aucune malformation jusqu'au jour où, étant soldat, il vit se tacher la doublure du col de son uniforme. L'orifice extérieur de la fistule est à 3 centimètres au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire droite, et, après un trajet de 13 cent.  $\frac{1}{2}$ , parcouru non sans résistance, la sonde aboutit à l'orifice interne de la fistule, lequel se trouve sur le bord interne du pilier droit.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**Un cas de blessure de la carotide primitive gauche par un os avalé, par DITMANN (Wratsh, 1900, p. 612).**

Un homme de 24 ans, sous-officier, de très bonne santé, avale un jour un gros morceau de poulet et se sent aussitôt gêné par un fragment d'os ; ne réussissant pas à se débarrasser de ce corps étranger, il prit un nouveau morceau de viande et le fit pousser dans le gosier par un camarade ; après de longs efforts le tout fut dégluti et le patient crut l'os descendu dans l'estomac. Pendant trois jours, il souffrit en avalant des aliments, même liquides, et il vit petit à petit se former une tuméfaction au côté gauche du cou ; lorsque le patient fut examiné à l'hôpital, on trouva la tumeur molle, sans battements, et sa nature ne parait pas avoir été soupçonnée. Le pharynx apparut absolument normal.

Le cinquième jour, il y eut un vomissement de sang en caillots et un fragment d'os de 4 centimètres fut éliminé en même temps. Durant trois jours, il y eut plusieurs vomissements de sang et plusieurs selles sanguines et la mort survint le huitième jour après la blessure ; à l'autopsie, on trouva une déchirure de l'œsophage à 4 centimètres au-dessous du bord supérieur du cartilage thyroïde ; au même niveau, une plaie longitudinale sur la paroi de la carotide interne, exactement à 4 centimètres de la bifurcation de l'artère.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**Du diagnostic du carcinome latent de l'œsophage, par HÖDLMOSE (Wien. klin. Woch., 1900, p. 1007).**

Le diagnostic du carcinome de l'œsophage est, en général assez

facile tant par les symptômes subjectifs de sténose que par les résultats du cathétérisme. C'est ce qui rend intéressantes les deux observations de l'auteur dans lesquelles le néoplasme est resté absolument latent.

**Obs. I.** — Homme de 56 ans, alcoolique, atteint de troubles digestifs. Un jour, il boit de l'eau froide étant échauffé, prend une angine et de l'enrouement, et ce dernier persiste depuis; huit jours plus tard, il est pris de vomissements et de violentes crampes d'estomac qui durent plusieurs heures après chaque repas, mais pas dans leurs intervalles. Pendant quatre mois, le malade va maigrissant, souffrant de l'estomac, puis des reins, enfin du ventre qui se météorise; il meurt cachectique et l'on trouve à l'autopsie un carcinome insoupçonné du 1/3 inférieur de l'œsophage avec de nombreuses métastases en d'autres points de l'œsophage, au cardia, dans les reins, de la pleurésie et de la péritonite.

**Obs. II.** — Femme de 50 ans, malade depuis cinq ans, sans souffrances déterminées. Depuis trois semaines, douleurs dans les vertèbres du cou à gauche, si bien que la tête est penchée un peu à droite et à peu près immobile; la malade passe cinq jours seulement à l'hôpital et présente tous les symptômes d'un cancer du foie avec métastases osseuses et de la paralysie du nerf récurrent; ce diagnostic est confirmé à l'autopsie, mais on trouve alors le carcinome primitif dans l'œsophage sur lequel aucun symptôme n'avait attiré l'attention.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

**Rupture d'un œsophage d'apparence saine, par E. J. Mc WEENEY**  
(*Lancet*, 21 juillet 1900).

On a émis des doutes au sujet de la possibilité de la rupture d'un œsophage sain. Toutefois, bien que rare, cet accident a été parfois observé. L'auteur a vu un cas qui est survenu à la suite de vomissements et particulièrement intéressant, non seulement au point de vue de l'autopsie, mais encore par l'examen histologique. L'auteur rapporte 16 observations et donne les conclusions suivantes :

**Age.** — Les malades étaient surtout des hommes, et l'âge moyen 42 ans.

**L'alcoolisme** est une condition prédisposante.

**Vomissements.** — Ils ont toujours hâté les accidents.

**Symptômes.** — Douleurs, collapsus, dyspnée et emphysème sous-cutané.

**Durée de la vie.** — Dans un cas, sept jours et demi, moyenne de 47 heures.

*Siège de la rupture.* — Généralement au-dessus du diaphragme.

*Etiologie.* — L'auteur admet que les deux facteurs principaux sont le ramollissement des parois et l'accroissement de la pression. Le ramollissement est provoqué par la digestion intravitale et l'infiltration inflammatoire. La digestion intravitale est due à un trouble circulatoire qui, dans le cas de l'auteur, revêtit la forme d'une thrombose veineuse et au séjour prolongé dans l'œsophage de matières vomies.

SAINT-CLAIR THOMSON.

## NOUVELLES

La *Presse oto-laryngologique*, journal belge consacré à l'étude des maladies de l'oreille, du nez et du larynx, vient de paraître à Bruxelles depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1902. Il paraîtra mensuellement sous la direction de M. le Dr Delsaux, assisté de MM. Heyninx et Labarres, secrétaires de la rédaction. Le comité de rédaction se compose de MM. Schiffers, Beco, Capart, Cheval, Goris, Broeckaert, Cema, Gevaert.

Notre spécialité ne possédait pas encore en Belgique de journal qui lui fût exclusivement consacré. Nous ne doutons pas que ce nouveau périodique ne prospère sous l'habile direction de notre savant ami Delsaux.

## Règlement général du XIV<sup>e</sup> Congrès International de Médecine.

Art. I. — Le XIV<sup>e</sup> Congrès international de Médecine se réunira à Madrid, sous le patronage de SS. MM. le roi D. Alphonse XIII et son Auguste Mère la Reine Régente, dans les jours du 23 au 30 avril 1903.

La séance d'ouverture aura lieu le 23 avril et celle de clôture le 30 avril.

Le but du Congrès est exclusivement scientifique.

Art. II. Le Congrès se composera des médecins, pharmaciens vétérinaires et autres personnes exerçant une des différentes branches des sciences médicales, nationaux et étrangers, qui se seront inscrits comme membres du Congrès et qui auront versé la cotisation correspondante.

Pourront également faire partie du Congrès, aux mêmes conditions et avec les mêmes droits comme les médecins, tous ceux qui, étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique, désireront assister et prendre part aux travaux du Congrès, ainsi que les représentants de la presse.

Art. III. Le montant de la cotisation sera de 30 pesetas.

Cette somme doit être versée, au moment de l'inscription et à partir de ce jour jusqu'à l'ouverture du Congrès, au Secrétariat Général (Faculté de Médecine, Madrid), lequel remettra à l'intéressé sa carte d'identité respective; cette carte servira de document pour pouvoir profiter de tous les avantages réservés aux Congressistes (1).

(1) Les modifications suivantes ont été apportées au sectionnement :

La 9<sup>e</sup> Section (Chirurgie et opérations chirurgiques) est divisée en deux sections indépendantes : a) *Chirurgie et opérations chirurgiques* ; b) *Urologie*.

Art. IV. Les Comités nationaux et étrangers peuvent recevoir les cotisations de leurs adhérents et quand ils les transmettront au Secrétariat Général, celui-ci leur enverra les cartes d'identité correspondantes au nombre des membres inscrits.

Les Comités étrangers recevront les inscriptions de leurs nationaux jusqu'au 20 mars 1903 ; après cette date toutes les adhésions et cotisations doivent être adressées directement au Secrétariat Général du Congrès.

Art. V. Chaque Congressiste doit, au moment de verser sa cotisation, faire parvenir au Secrétariat Général, soit directement, soit par l'entremise du Comité respectif, une note indiquant exactement et lisiblement son nom, qualité et titres, ainsi que son adresse, en accompagnant ces indications de sa carte de visite.

Art. VI. Les membres du Congrès qui auront rempli les conditions prescrites, auront droit de prendre part à tous les travaux, de présenter des communications verbales ou écrites, d'intervenir dans les discussions, de donner leur vote dans les questions soumises à votation et de participer à tous les avantages réservés aux Congressistes.

Art. VII. Ils auront en outre droit à un résumé général des travaux du Congrès et à un exemplaire du Compte rendu en extenso des travaux de la section à laquelle ils se seront faits inscrire. Les membres qui désireraient recevoir plusieurs volumes ou la collection complète des Comptes rendus devront, pour chaque volume, verser une somme qui sera fixée ultérieurement, mais qui ne pourra pas excéder le prix de l'impression. — Les souscriptions aux volumes seront reçues au Secrétariat Général jusqu'à la clôture du Congrès.

Les Congressistes qui auront présenté des communications écrites dans plusieurs sections, et celles-ci ayant été admises par la Commission chargée de leur examen, recevront également les volumes de ces sections sans aucun paiement.

Art. VIII. Les Comptes rendus du Congrès seront remis aux Congressistes qui y auront droit, aussitôt après leur publication.

Art. IX. Le Congrès sera divisé dans les Sections suivantes :

1. Anatomie (Anthropologie, anatomie comparée, embryologie, anatomie descriptive, histologie normale et théralologie).

2. Physiologie, physique et chimie biologiques.

3. Pathologie générale, anatomie pathologique et bactériologie.

4. Thérapeutique, pharmacologie et matière médicale.

5. Pathologie interne.

6. Neuropathies, maladies mentales et anthropologie criminelle.

7. Pédiatrie.

8. Dermatologie et syphiligraphie.

9. Chirurgie et opérations chirurgiques.

10. Ophtalmologie.

11. Otologie, rhinologie et laryngologie.

12. Odontologie.

13. Obstétrique et gynécologie.

14. Médecine et hygiène militaire et navale.

15. Hygiène, épidémiologie et science sanitaire technique.

16. Médecine légale.

Art. X. Les membres du Congrès devront, au moment de l'inscription, indiquer la Section à laquelle ils désirent appartenir ; nonobstant ils pourront assister et prendre part aux travaux des autres sections.

Art. XI. Un Comité exécutif composé du Président, Secrétaire Général et Trésorier, et des Présidents et Secrétaires des sections, est chargé de la gestion et du fonctionnement du Congrès.

La 11<sup>e</sup> Section (Otologie, rhinologie et laryngologie) est divisée en deux sections indépendantes : a) Otologie ; b) Rhino-laryngologie.

La 16<sup>e</sup> Section (Médecine légale) est intitulée *Médecine légale et toxicologie*.

Art. XII. Le Congrès siégera tous les jours, soit en Assemblées générales, soit en réunions des sections.

Art. XIII. Deux Assemblées générales ordinaires auront lieu, une pour l'ouverture et l'autre pour la clôture du Congrès.

Il y aura en outre autant d'assemblées ordinaires qu'on jugera nécessaires : le nombre en sera fixé ultérieurement par le Comité exécutif. Ces assemblées seront destinées à ces conférences auxquelles seront invitées les éminences scientifiques des différentes nations. Seulement les conférenciers auront la parole dans ces assemblées.

Art. XIV. Dans la séance d'ouverture, le Secrétaire Général rendra compte des travaux d'organisation du Congrès, le Président lira le discours d'inauguration, on fera la présentation des Délégués officiels, et l'on proclamera les présidents d'honneur.

Dans la séance de clôture on rendra compte des délibérations du Congrès, on désignera le lieu de sa prochaine réunion et l'on procédera à l'élection de son bureau.

Dans ces séances, ne pourront prononcer des discours, que les Congressistes qui y auront été désignés et invités par le Comité exécutif.

Art. XV. Les Comités des sections organiseront leurs programmes de travaux (lecture et discussion des communications, examen des propositions présentées, etc.)

Chaque section nommera, dans sa première séance, ses Présidents d'honneur et désignera ses Secrétaires adjoints. Partie de ceux-ci seront choisis parmi les Congressistes étrangers pour faire le résumé verbal des communications présentées dans des langues différentes, et pour en faciliter ainsi la discussion.

Art. XVI. Le Président de chaque Section dirigera les séances et les débats dans la forme établie dans tous les Corps délibérants.

Pourront être soumises au vote seulement, les question d'ordre intérieur.

Les questions scientifiques ne pourront être l'objet d'aucune votation.

Art. XVII. Le temps assigné à chaque communication ne doit pas dépasser 15 minutes, et les orateurs qui prendront part aux discussions, ne pourront parler plus de 5 minutes.

Les auteurs de communications disposeront de 10 minutes pour répondre à toutes les objections. Exceptionnellement, et quand l'importance du sujet le justifie, pourra le Président accorder plus de temps à l'orateur.

Les membres qui prendront part aux discussions, devront remettre au Secrétaire de la section, avant la levée de la séance, un court résumé de ce qu'ils ont dit.

Art. XVIII. Les communications se référant aux travaux du Congrès, doivent parvenir au Comité exécutif avant le 1<sup>er</sup> janvier 1903, ce dernier se chargera de leur transmission à la section respective.

Toutes les communications devront être accompagnées d'un court résumé, en forme de conclusions, si possible ; cet extrait sera imprimé par les soins du Comité exécutif et distribué aux Congressistes de la section correspondante.

Art. XIX. On pourra présenter des communications après le 1<sup>er</sup> janvier 1903 et même pendant le Congrès, mais elles ne seront mises à l'ordre du jour qu'après discussion de celles présentées dans le délai prescrit.

Art. XX. Le texte écrit de tous les travaux présentés au Congrès, soit dans les Assemblées générales, soit dans les sections, doit être remis le jour même au Secrétaire du bureau respectif. Le Comité exécutif discutera sur son insertion totale ou partielle dans les comptes rendus.

Art. XXI. Les langues officielles du Congrès dans toutes les séances seront l'espagnol, le français, l'anglais et l'allemand.

Les dames appartenantes aux familles des Congressistes et accompagnées de ceux-ci, bénéficieront des réductions sur les chemins de fer et pourront assister aux fêtes et cérémonies qui seront données en l'honneur des Membres du Congrès. Elles devront pour cela se munir d'une carte spéciale moyennant le paiement de 12 pesetas par personne.

*American laryngological, rhinological and otological Society.* — La 8<sup>e</sup> réunion annuelle aura lieu du 2 au 4 juin 1902 ; elle se tiendra à Washington.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives

BOMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÈRER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

## OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Some Thoughts on the principles of local treatment in Diseases of the upper air passages ; par Sir FELIX SEMON ; Mac Millan and Co, London 1902.

*Le Gérant* : MASSON et C<sup>ie</sup>.

